ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN



IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

SCHRIFTLEITUNG: PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG: GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 5 | Sonnabend, den 1. März 1930 | 27. Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. | Nr. 5 | S. 137—172, Jena, 1. 3. 1930

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: **Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35,** Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — **Anzeigen:** die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:



Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: *1) Kali-Chemie A.-G., Berlin,* betr. Mucidan-Tabletten. *2) Albert Mendel A.-G., Berlin-Schöneberg,* betr. Ormicetten.



Zu den aktuellen Fragen der letzten Jahre gehört zweifellos auch die Eisentherapie. Fußend auf chemischer Reaktion gewisser natürlich vorkommender Eisenverbindungen suchte man nach einem biologisch-therapeutischen Wertmesser für Eisenpräparate. So vielversprechend die einzelnen Feststellungen auch schienen, so haben sie die Erwartungen am kranken menschlichen Körper nicht erfüllen können. Der Praktiker hat also wieder das Wort und da lohnt es sich wohl darauf hinzuweisen, daß eigentlich die Magen- und Verdauungsverhältnisse der Anämischen bisher zu wenig berücksichtigt wurden. Gewöhnlich geht Hand in Hand mit der Anämie eine mehr oder weniger große Appetitlosigkeit. Diese müßte man im Interesse des intermediären Stoffwechsels in erster Linie heben. Viele Eisenpräparate sind nur wenig geeignet, appetitfördernd zu wirken, sie sind sogar häufig alkalischer Natur. Auf salzsaurer Basis ist dagegen das von der Chemischen Fabrik Helfenberg*) hergestellte Blutan konstruiert, dessen günstige Einflüsse auf die Nahrungsaufnahme zuverlässig sind. Die Patienten fühlen schon nach wenigen Tagen eine auffallende Appetitbelebung und haben den Eindruck der Besserung in ihrem Befinden, trotzdem das Fe seine Wirkung natürlich erst nach einiger Zeit entfaltet. Das Präparat hat im Gegensatz zu allen anderen flüssigen, süßlichen Eisenpräparaten einen herzhaft herben Geschmack, ist alkoholfrei und sein Kohlensäuregehalt macht es angenehm prickelnd. Sein Eisengehalt ist hoch, 0,6 % Fe, seine Kombinationen mit Arsen, Jod, Brom oder China ermöglichen die Wahrnehmung anderer gleichzeitig bestehender Indikationen. Das Präparat ist sehr wirtschaftlich und von fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

*) **Chemische Fabrik Helfenberg A. G., Helfenberg bei Dresden**

Der lebendige Arm

Von

Dr. H. von Baeyer

o. Prof. der Orthopädie an der Universität Heidelberg

Mit 41 Zeichnungen (auf 15 Tafeln)
von Erich von Baeyer

46 S. gr. 8° 1930 Rmk 3.60

Inhalt: Einleitung. / Die Gestalt des Armes. / Die Beweglichkeit des Armes. / Der Arm als Werkzeug. / Der Arm als Wahrnehmungsorgan. / Der Arm in den verschiedenen Lebensaltern. / Der Arm als Ausdrucksorgan. / Schluß. — Tafel I—XV.

Diese Zusammenstellung über den lebendigen Arm wendet sich an die verschiedensten Kreise von Lesern und ist deshalb möglichst allgemeinverständlich gehalten.

Dem Studenten der Medizin soll Anregung gegeben werden, die Kenntnisse in der Anatomie und Physiologie auf den lebenden Menschen zu übertragen, den gesunden Menschen zu beobachten und nachzudenken über psychologische und philosophische Probleme des menschlichen Körpers. Der Mediziner findet ferner hier eine kurze Einführung in die Mechanologie, die im Universitätsunterricht meist recht spärlich behandelt wird, obwohl sie die Unterlage für das Verständnis aller Bewegungsstörungen durch Krankheit und Unfall ist.

Für Turner, Sportleute und Gymnasten, die über ihre Tätigkeit nachsinnen wollen, möchten die Darstellungen einen Einblick in die ungeheuer verwickelten Zusammenhänge und Vorgänge am Bewegungsapparat geben. Denn es wird auch für diese Gruppe von Menschen anregend und nützlich sein, tiefer in das Geschehen unseres Körpers einzudringen, als es die allzu primitive nichtmedizinische Literatur gestattet. Feststehende Ergebnisse aus der Bewegungslehre, die Grundsätzliches bieten, müssen zum Rüstzeug eines jeden gehören, der sich mit der Theorie der Leibesübungen befaßt.

Neben Anregung und Wissen wollen die folgenden Ausführungen dem menschlichen Bewegungsapparat die ihm gebührende Achtung und Ehrfurcht verschaffen. Die menschlichen Glieder sind keine einfachen und leicht übersehbaren Hebelwerke, sondern in Bau und Funktion höchst komplizierte Gebilde, deren Gesetzmäßigkeiten wir bisher nur sehr lückenhaft durchschauen. Um den lebendigen Arm voll würdigen zu können, muß man ihn als Ganzes, also in seinen inneren Zusammenhängen, nicht nur anatomisch zergliedert, betrachten, und muß ihn ferner als Teil eines lebendigen Ganzen, als Funktionär des Gesamtkörpers und endlich im Rahmen der Umwelt ins Auge fassen.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Notizen.

Von der **Diwag-Untersuchungstafel** der Chemischen Fabriken Dr. Joachim Wiernik & Co. A.-G, Berlin-Waidmannslust wurde eine 2. Auflage hergestellt, ein Zeichen ihrer großen Beliebtheit. Die Tafel bietet für die Diagnostik eine Zusammenstellung mit Abbildungen von verschiedenen Untersuchungsmethoden des Harns (qualitativ und quantitativ), Sputums, Magensaftes, der Leberfunktion, des Pankreassaftes, der Fäzes, des Blutes, der Punktionsflüssigkeit, der Pilz- und der Bakterienfärbungen. Als Aufhängetabelle ist sie in jedem Laboratorium angenehm und praktisch. Die genannte Firma gibt sie auf Wunsch an Ärzte kostenlos ab. A. H. Matz.

Wie es der deutsche Postminister getan hat, beschäftigt sich auch der französische Gesundheitsminister mit dem **Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel**, aber in anderer Richtung. Er hat Anschläge verbreiten lassen, in denen vor schlechten Heilmethoden gewarnt, in erster Linie — mit Begründung — vor dem Friedmannschen Mittel. Le.

Die Bismolan-Suppositorien. (Bismuth. oxychlorat., Zinc. oxydat., Sol. Supraren., Eucain. hydrochl., Menthol., Ol. Cacao) werden von Hellmuth Unger (Steglitz) (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 39) in Verbindung mit diätetischen und allgemein hygienischen Maßnahmen als sehr wirksames Mittel gegen Hämorrhoiden bezeichnet. Morgens und abends 1 Zäpfchen und vor der Defäkation Einfetten der Analöffnung mit Bismolan-Gleitsalbe.

Der Chirurg Dr. Lecène in Paris ist nach Operation einer posttyphösen Cholezystitis am Typhoid gestorben, ebenso die bei der Operation assistierende Schwester. Le.

In der Times macht ein Statistiker auf die **Zunahme der Selbstmorde** in den Kulturländern aufmerksam. In 16 europäischen Ländern ist im Verlauf von sieben Jahren die Zahl von 137 auf 159 pro Million Einwohner gestiegen, in den Vereinigten Staaten von 117 auf 130. Le.

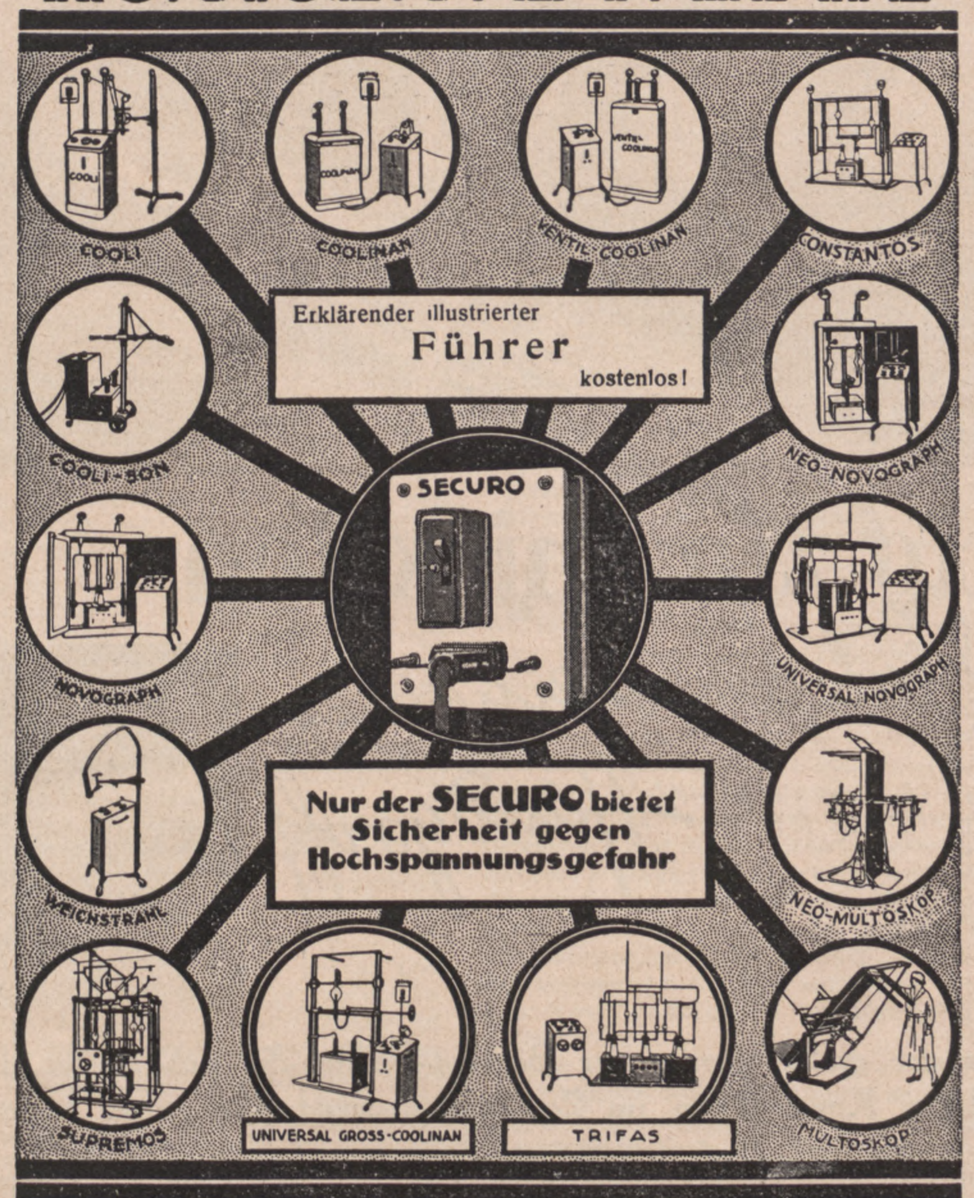




Notizen.

Fingerabdruck und Vaterschaft. In den „Kriminalistischen Monatsheften" behandeln Dr. Lauer und Prof. Dr. Poll, beide vom Anatomischen Institut der Hamburger Universität, die Frage des „Vaterschaftsnachweises mit Hilfe der Papillarmuster der Fingerbeeren". Damit wird wieder einmal gezeigt, daß die Ansichten über den Wert der daktyloskopischen Untersuchungen geteilte sind. Die Wissenschaft ist, mit Einschränkungen, dafür, die Polizei, mit Einschränkungen, dagegen. Viele Kriminalämter warnen geradezu davor, der Fingerprobe bei der Suche nach dem Vater allzuviel Beachtung zu schenken und stehen auf dem Standpunkt, daß die Fingermuster der Kinder noch nie denen ihrer Eltern geglichen hätten. Die Wissenschaft tritt dieser Anschauung teilweise entgegen. Auf Grund zahlreicher, im Anatomischen Institut angestellter Untersuchungen hat sich gezeigt, daß die Papillarmuster der einzelnen Finger der Kinder nicht die Äpuivalenzbreite der entsprechenden Elternfinger überschreiten; oder mit weniger wissenschaftlichen Worten ausgedrückt: die Finger der Kinder lassen, trotz einiger Schwankungen, die Verwandtschaft mit den Eltern ohne Zweifel erkennen, weil sie dieselben Familienmerkmale aufweisen. Die Vaterschaft selbst kann auf Grund der Papillarmuster zwar nicht einwandfrei nachgewiesen werden, dagegen läßt es sich ohne weiteres ersehen, ob der als Vater Bezeichnete mit seinem Leugnen recht hat. Für diejenigen also, die gewiß sind, zu Unrecht auf Alimente verklagt worden zu sein, wird es in Zukunft ein Leichtes sein, durch ihre Fingerabdrücke ihre Unschuld nachzuweisen. Diese Art der Feststellung ergänzt die Blutprobenuntersuchung, deren negative Ergebnisse für die Wissenschaft (und neuerdings auch für einen großen Teil der Gerichte) eindeutiger als die positiven Beweise sind. Die beiden Ärzte erheben Einspruch dagegen, daß die Vaterschaft nur auf „Indizien" hin ausgesprochen werde. Wenn die wissenschaftliche Untersuchung ergebe, daß der Betreffende unmöglich der Erzeuger sein kann, sollte sich das Gericht damit zufrieden geben. nz.

Bad Salzuflen am Teutoburger Walde. Der bisherige Besuch der Winterkuren kann als ein zufriedenstellender bezeichnet werden, sind doch seit Beginn des Jahres bis zum 6. Februar 311 Gäste hier eingetroffen. Mitte Februar werden die gesamten Kurhausräume wieder geöffnet und finden außer den täglichen Unterhaltungskonzerten auch Militärkonzerte statt. Die Kurtaxe beträgt gegenwärtig 15 M. und ab 1. März 20 M.


COOLI
COOLINAN
VENTIL-COOLINAN
CONSTANTOS
Erklärender illustrierter
Führer
kostenlos!
COOLI-SON
NEO-NOVOGRAPH
SECURO
NOVOGRAPH
UNIVERSAL NOVOGRAPH
Nur der SECURO bietet
Sicherheit gegen
Hochspannungsgefahr
WEICHSTRAHL
NEO-MULTOSKOP
SUPREMOS
UNIVERSAL GROSS-COOLINAN
TRIFAS
MULTOSKOP

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

27. Jahrgang | Sonnabend, den 1. März 1930 | Nummer 5

Abhandlungen.

1. Über die operative Indikationsstellung bei Erkrankungen der Gallenblase und des Pankreas vom Standpunkt des Internisten[1]).

Von

Prof. **H. Strauß** in Berlin.

Die Indikationsstellung für die operative Behandlung von Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas stellt ein besonders schwieriges Kapitel für die Diagnostik und für die Prognostik dar. Dies gilt für die Erkrankungen der Gallenwege noch mehr als für die Pankreaserkrankungen und ist auch wohl der Grund, warum diese Frage so häufig zum Gegenstand einer Erörterung sowohl von internistischer wie chirurgischer Seite gemacht worden ist. Wenn man die Literatur über diesen Gegenstand einer Betrachtung unterzieht, so findet man, daß zwar bezüglich der operativen Indikationsstellung der schweren, lebensbedrohenden Erkrankungen die Meinungen der einzelnen Autoren fast völlig übereinstimmen, daß aber bezüglich der chirurgischen Indikationsstellung bei den leichteren Erkrankungen die Anschauungen der einzelnen Autoren noch mehr oder weniger auseinander gehen. Dies ist sogar unabhängig von der Frage, ob der betreffende Beurteiler Internist oder Chirurg ist. Eine gewisse Klärung ist bezüglich der Indikationsstellung der leichteren Fälle in den letzten Jahren allerdings dadurch erreicht worden, daß für die chirurgischen Statistiken eine schärfere Unterscheidung der einzelnen Fälle und zwar nicht bloß nach Krankheitsgruppen, sondern auch nach Altersgruppen erfolgt ist. Was jedem, der auf dem Gebiet der Erkrankungen der Gallenwege eine große Erfahrung besitzt, schon lange klar war, ist jetzt auch durch Zahlen festgelegt worden, nämlich, daß die Aussichten einer Operation an den Gallenwegen ceteris paribus erheblich besser sind, wenn es sich um ein Individuum in jungen Jahren, d. h. unter dem 40. Lebensjahr, handelt, als wenn der zu Operierende den älteren Jahrgängen angehört, d. h. das 40. Lebensjahr bereits überschritten hat. In diesem Sinne hat man von einer „Frühoperation" gesprochen. Es ist dies aber ein Ausdruck, der, um Mißverständnisse zu vermeiden, besser durch die Worte „Operation in jungen Jahren" zu ersetzen ist. Daß Fettleibigkeit, Störungen des kardiovaskularen Apparates oder der Nieren sowie der Lungen die Operationsprognose trüben können, war gleichfalls von jeher bekannt und ist durch die Statistiken der letzten Zeit aufs Neue erwiesen worden. Diese Verschlechterung der Prognose durch komplizierende Krankheiten gilt auch für die Patienten, die in jungen Jahren zur Operation gelangen, ganz besonders aber für Patienten in reiferen Jahren, bei welchen die Abnutzungsvorgänge des Organismus ja meist weiter vorgeschritten sind, als bei jüngeren Personen. In zahlreichen eigenen Beobachtungen habe ich direkt den Eindruck gewonnen, daß Attacken von seiten der Gallenwege das Herz in besonderem Grade zu schädigen vermögen. Aus diesem Grunde bedarf nicht bloß das Herz älterer Personen, bei welchen arteriosklerotische und myokarditische Vorgänge im allgemeinen häufiger sind als bei jüngeren Personen, im vorliegenden Rahmen einer besonderen Berücksichtigung, sondern auch das endokrin und konstitutionell schwache Herz jüngerer Personen.

Um die Bedeutung des Altersfaktors für die Prognose von Operationen an den Gallenwegen zu illustrieren, gebe ich zur Übersicht die Hotzsche Statistik aus dem Jahre 1923

12 144 Fälle Alter	Gesamtmortalität 9,28 Proz. Mortalität nach Alter in Proz.
0—20	2,7
21—25	3,9
26—30	3,3
31—35	4,1
36—40	6,1
41—45	7,2
46—50	9,5
51—55	13,4
56—60	20,0
61—65	22,1
66—70	28,0
über 70	35,4

[1]) Vortrag im ärztlichen Fortbildungskurs im Kaiserin Friedrich-Haus.

Ich teile diese Statistik hier mit, trotzdem gesagt werden muß, daß sie für unser praktisches Handeln nur einen relativen Wert besitzt. Denn auch ich kann bestätigen, daß die ersten klinischen Erscheinungen der Krankheit in etwa der Hälfte der Fälle erst nach dem 35. Lebensjahr beginnen.

Für die operative Indikationsstellung auf dem vorliegenden Gebiete und zwar ganz besonders bei Erkrankungen der Gallenwege, mit welchen wir uns hier zunächst beschäftigen wollen, müssen wir uns also nicht bloß fragen, Was liegt vor?, sondern wir müssen uns stets auch fragen, Wer ist der Träger der Krankheit? Diese Formulierung, die eigentlich bei allen Operationen, aber auf unserem Gebiet besonders stark in Frage kommt, gibt im Rahmen der Indikationsstellung dem personellen Moment eine starke Bedeutung. Sie macht es von vornherein unmöglich, eine starre Indikation für das operative Vorgehen aufzustellen, weil selbst in lebensbedrohenden Situationen Kontraindikationen auftreten können, die aus persönlichen Eigenschaften des Patienten resultieren. Allerdings ist in solchen Situationen die Beurteilung einer Kontraindikation oft auch personell in der Art, daß sie von dem subjektiven Ermessen des betreffenden Operateurs und der Art der persönlichen Erfahrungen des zur Indikationsstellung Verpflichteten abhängt. Die Operationsmortalität hängt aber selbstverständlich nicht bloß von der Beschaffenheit des Trägers der Krankheit, sondern auch von der Art des notwendigen Eingriffs ab. Dies ist leider in den großen Statistiken nicht genügend berücksichtigt und es soll deshalb die Bedeutung gerade dieses Punktes für die Indikationsstellung hier genauer besprochen werden. Es soll aber hier schon am Anfang eindringlich betont werden, daß bei der operativen Indikationsstellung stets eine gemeinsame Beratung von Chirurgen und Internisten angezeigt ist. Nach meinen Erfahrungen divergieren dabei die Meinungen bei der operativen Indikationsstellung der leichteren Fälle meist mehr als bei den schweren Fällen, und zwar wie ich glaube deshalb, weil die Mehrzahl der Chirurgen ein ganz anderes Material zu sehen bekommt, als die Mehrzahl der Internisten.

Wenn wir unter den hier genannten Voraussetzungen und Einschränkungen zunächst die Frage der chirurgischen Indikationsstellung bei Erkrankungen der Gallenwege besprechen wollen, so teilen wir dieses Gebiet am besten in 3 Gruppen ein, nämlich

1. in die Gruppe der akut lebensbedrohenden und infolgedessen sofort eines operativen Eingriffs bedürftigen Erkrankungen und

2. in die Gruppe der nicht akut lebensbedrohenden und infolgedessen nicht sofort eines operativen Eingriffs bedürftigen Erkrankungen, und

3. in eine Gruppe von Erkrankungen, welche zwar nicht sofort lebensbedrohend sind, aber im weiteren Verlauf häufig einen lebensbedrohenden Charakter annehmen.

Ad 1. In die Gruppe 1 gehören die Fälle von Gallenblasenperforation, Gallenblasenempyem, cholangitischer Sepsis sowie von solchen entzündlichen Erkrankungen der Gallenwege, welche mit deutlicher Schädigung des Pankreas, insbesondere mit Pankreasnekrose einhergehen.

Daß bei einer Perforation der Gallenblase nur ein sofortiger chirurgischer Eingriff in Frage kommt, steht außerhalb jeder Diskussion. Aber auch bei drohender Perforation oder schon beim Verdacht auf eine solche sollte operativ vorgegangen werden. Das gleiche gilt für septische, von den Gallenwegen ausgehende, Zustände — obwohl auch nach meinen Erfahrungen gerade bei septischen Zuständen die Operation nicht ganz selten versagt — und schließlich auch für das einfache Empyem der Gallenblase. Allerdings gibt es auch Fälle von fieberhafter Cholangitis bei Gallenblasenerkrankungen, bei welchen wir auch ohne Operation auskommen. So habe ich mehrfach bei älteren an Gallensteinen leidenden Personen, bei welchen wegen des Alters und des Schwächezustandes eine Operation nicht in Frage kam, durch die „unblutige Dränage" d. h. durch Reizirrigationen mit Magnesia sulfurica-Lösung mittels der Duodenalsonde ein Verschwinden des Fiebers und der subjektiven Beschwerden erzielt. Ich habe mich hierüber seinerzeit in der Therapie der Gegenwart (Februarheft 1927) genauer geäußert und dort mitgeteilt, daß ich für die betreffenden Irrigationen in der Regel 30—40 ccm einer 20proz. Magnesiumsulfatlösung benütze. Auch bei gedeckten Perforationen, welche zu einem Konglomerattumor geführt haben, habe ich bei einer ganzen Reihe von älteren Personen nicht operieren lassen und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach mehreren Wochen sowohl das Fieber wie auch den meist handflächen- oder überhandflächengroßen Tumor verschwinden sehen. Bei gedeckten Perforationen bzw. bei ausgebreiteter Peri-Cholecystitis mit Bildung eines Konglomerattumors scheint mir deshalb die sofortige Operation nicht immer absolut indiziert, sofern man den Patienten in klinischer bzw. dauernder zureichender Beobachtung halten kann. Man wird deshalb hier von Fall zu Fall verschieden vorgehen. Jedenfalls sind aber Zeichen einer Mitbeteiligung am Peritoneum bei Prozessen an den Gallenwegen stets als Alarmsignale aufzufassen, welche eine operative Aktionsbereitschaft erforderlich machen. Zum mindesten müssen solche Fälle stets einer dauernden klinischen Beobachtung zugeführt werden. Daß bei Pankreasnekrose eine strikte Operationsindikation gegeben ist, werden wir noch bei der Erörterung der operativen Indikationsstellung bei

den Pankreaserkrankungen besprechen. Es soll deshalb hier nur gesagt werden daß linksseitige Schmerzen, die bei Gallensteinerkrankungen bzw. entzündlichen Prozessen an den Gallenwegen auftreten, stets die Aufmerksamkeit auf eine Mitbeteiligung des Pankreas lenken müssen. Über die Häufigkeit einer solchen Mitbeteiligung gehen allerdings die Meinungen etwas auseinander. So gab Kehr seinerzeit eine Mitbeteiligung des Pankreas in etwa $^1/_3$ der Fälle an. Mayo fand die genannte Komplikation ursprünglich in 28 Proz. später nur in 7 Proz. der operierten Fälle. Blalock sah sie in 5 Proz. der Fälle. Ich selbst habe in den letzten Jahren bei 56 Fällen von Gallenblasenerkrankung genaue Funktionsprüfungen des Pankreas mittels Diastasebestimmung im Urin und Untersuchung auf Atoxyl resistente Lipase im Blutserum ausführen lassen und fand zehnmal d. h. in 17,8 Proz. der Fälle eine funktionelle Schädigung des Pankreas. Glykosurie traf ich unter diesen Fällen jedoch nur zweimal, also höchst selten an. Auch in weiteren 76 Fällen von Gallenblasenerkrankung konnte keine Glykosurie nachgewiesen werden.. Obgleich es sich aber in den untersuchten Fällen meist nur um vorübergehende, also reversible Störungen handelte, bin ich doch zu der Meinung gelangt, daß mehrfach wiederholte, im Anschluß an Gallenblasenerkrankungen auftretende Schübe am Pankreas unter Umständen Läsionen bringen können, die bei einem neuen Schub zu schweren Veränderungen am Pankreas führen können. Wenn aber neuerdings von Katsch die Meinung geäußert worden ist, daß Diabetes durch Cholelithiasis bzw. Gallenblasenerkrankung auf dem Umweg einer Störung des Insularapparates des Pankreas relativ häufig als „zweite Krankheit" im Sinne von Rößle erzeugt werden könne, so muß ich demgegenüber doch betonen, daß ich auf Grund meiner Erfahrungen ein solches Vorkommen für sehr selten halte, da ich, wie schon erwähnt ist, unter 132 Fällen von Gallenblasenerkrankung nur zweimal Glycosurie angetroffen habe. Ich erwähne dies hier deshalb, damit nicht unter den Indikationen für die Gallenblasenoperationen auch noch die Verhütung des Diabetes rubriziert wird. Im übrigen leugne ich eine mittelbare auf dem hier skizzierten Wege zustande kommende diabetogene Wirkung einer Gallenblasenerkrankung nicht grundsätzlich, sondern kann sie nur als sehr selten bezeichnen. Außerdem stellen nicht alle Fälle von Linksschmerz bei Gallenblasenerkrankungen eine Miterkrankung der Pankreas dar. Denn auch ich habe mehrfach feststellen können, daß der Linksschmerz bei Gallensteinanfällen durch einen Gastrospasmus totalis oder partialis bedingt war. Jedenfalls halte ich es aber für wichtig, bei Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege in allen Fällen von Linksschmerz Fermentuntersuchungen am Urin und — wenn möglich — auch am Blutserum anzustellen, sofern nicht das ausgeprägte Bild schwerster Pankreaserkrankung mit heftigem Oberbauchschmerz, peritonitischen Erscheinungen, auffällig großer Hinfälligkeit und schwerster Mitbeteiligung des kardiovaskularen Systems (Blässe, kleiner Puls, verfallenes Gesicht) vorliegt.

Gehen wir zu Gruppe II über, bei welcher das klinische Bild frei von Symptomen ist, welche eine akute Lebensgefahr zum Ausdruck bringen, so müssen wir uns hier mit einer großen Zahl sehr verschiedenartiger Zustände beschäftigen. Da es uns aber nicht möglich sein wird, hier alle diese Zustände in den Kreis unserer Betrachtung zu ziehen, so wollen wir uns in dem vorliegenden Rahmen nur mit den unkomplizierten Fällen von akuter, subakuter und chronischer Cholecystitis beschäftigen. Denn der Gallenstein an sich ist ja noch kein Anlaß zu operativem Vorgehen. Erst bestimmte Folgen von Gallensteinen verlangen ein solches. Dabei ist außerdem noch zu berücksichtigen, daß wir durch neuere Untersuchungen, so besonders der v. Bergmannschen Schule, erfahren haben, daß auch neuro-muskuläre Störungen allein schmerzhafte Sensationen in der Gallenblasengegend erzeugen können. Es würde mich jedoch zu weit vom Thema abführen, wenn ich hier die verschiedenen beim Zustandekommen der Gallenkolik wirksamen Faktoren ausführlich erörtern wollte. Infolgedessen ist es vielleicht bei einer Besprechung der operativen Indikationsstellung zweckmäßig, mich hier auf die Fälle von unkomplizierter Gallenkolik und auf die Fälle von chronischer von den Gallenwegen mit Schmerzanfällen oder auch ohne solche einhergehender Dyspepsie zu beschränken.

Fälle von einfacher Gallenkolik sind bekanntlich sehr häufig durch eine Cholecystitis oder durch Gallensteine oder durch beide bedingt, müssen aber, wie schon erwähnt ist, nicht immer eine solche Entstehung besitzen. Denn man ist neuerdings auch auf Betriebsstörungen im Bereiche der Ableitungswege der Galle aufmerksam geworden und zwar nicht bloß auf Knickungen und andere Momente, welche das Kanalsystem zwischen Leber und Darm mechanisch zu verengen vermögen, sondern auch auf spastisch dynamische Vorgänge. Infolgedessen ist bei der einfachen Gallenkolik eine exakte Diagnose der Ursache derselben eine dringliche aber nicht immer leicht zu erfüllende Aufgabe. Es lehrt aber die Erfahrung, daß gewöhnliche Gallenkoliken gar nicht selten nur einmalig oder nur 2—3 malig auftreten, um dann definitiv zu verschwinden. Aus diesem Grunde ist m. E. bei einer einmaligen oder auch mehrmaligen unkomplizierten Gallenkolik in der Mehrzahl der Fälle ein operativer Eingriff nicht unbedingt notwendig. Allerdings liegen die Dinge für die operative Indikationsstellung in den einzelnen Fällen recht verschieden. Für die Anerkennung der operativen Indikation sind für den Internisten m. E. nicht bloß die

Häufigkeit und die Schwere der Koliken, das Vorhandensein oder Fehlen von fieberhaften Begleiterscheinungen sowie von palpatorisch feststellbaren lokalen Veränderungen, sondern bis zu einem gewissen Grade auch der Blutbefund (Leukozytose, Linksverschiebung) usw. wichtig. Für die operative Indikationsstellung ist schließlich — aber nicht zuletzt — auch noch der soziale Faktor von Bedeutung. Denn man wird sich begreiflicherweise bei Patienten, die eine prophylaktische Diät nicht einhalten können oder wollen oder bei Patienten, welche schwer arbeiten müssen, leichter zur Operation entscheiden als in anderen Fällen. Nicht selten fällt auch der Operationswille oder die Operationsabneigung des Patienten für die Entscheidung mehr oder weniger in die Wagschale. Über die Bedeutung des Altersfaktors wurde bereits in der Einleitung gesprochen. Der Entschluß zu einer, sagen wir, prophylaktischen Operation bei jüngeren Patienten nach dem Auftreten auch nur weniger unkomplizierter Gallenkoliken wäre aber trotz aller hier erwähnten Momente entschieden leichter, wenn die Operationsmortalität der Intervalloperationen auch bei ganz leichten Erkrankungen gleich Null wäre. Leider lassen sich aber Zufallskomplikationen, die unter Umständen zu einem tödlichen Ende führen können, wie z. B. Embolien, trotz aller Fortschritte noch nicht absolut verhüten. Wenn trotzdem die Statistik ergibt, daß bei den prophylaktischen Operationen die Mortalität ziemlich gering ist, so besagt dies zwar für die Operationsprognose des einzelnen Falles noch nicht allzuviel aber doch soviel, daß man grundsätzlich bestrebt sein soll, wenn irgend möglich, die Intervalloperation zu wählen. Den von chirurgischer Seite mehrfach hervorgehobenen Gesichtspunkt, daß bei Gallensteinerkrankungen durch die Entfernung der Gallenblase der späteren Entstehung des Karzinoms vorgebeugt wird, möchte ich nicht zu hoch veranschlagen, da über die Häufigkeit dieser Beziehungen zurzeit noch nicht absolute Klarheit herrscht.

Ähnlich wie es hier für die operative Indikationsstellung der Gallenkolik besprochen ist, liegen die Dinge auch bei den sogenannten atypischen Formen von chronischen Gallenblasenerkrankungen, d. h. bei den Fällen, bei welchen chronisch schmerzhafte Dyspepsien das Bild beherrschen, obwohl hier die Dauererfolge im allgemeinen nicht so gut zu sein pflegen, als bei den Fällen, in welchen nur Koliken vorliegen. Wenn aber von einigen Seiten behauptet wird, daß man bei der hier in Rede stehenden Gruppe von Fällen durch Unterlassung der Operation das Zustandekommen des Morphinismus begünstige, so muß ich doch betonen, daß in meiner eigenen Beobachtung Morphinismus nur bei absolut messerscheuen Patienten vorkam. Denn wenn die Beschwerden so groß waren, daß sie für längere Zeit einen erheblichen Morphiumgebrauch veranlaßten, so waren für mich Intensität und Dauer der Beschwerden an sich schon ein ausreichender Grund zu einem chirurgischen Vorgehen. In Fällen der hier diskutierten Art kann allerdings die Differentialdiagnose mitunter außerordentlich schwierig sein, so daß es oft langdauernder systematischer Untersuchungen bedarf, um die Ursache der vom Patienten empfundenen Beschwerden klar zu stellen. Jedenfalls ist für Fälle, in welchen ein pathologischer Zustand an der Gallenblase als alleinige Ursache der Beschwerden festgestellt ist, die operative Indikationsstellung leichter, als in denjenigen Fällen, in welchen Zweifel über die Frage vorhanden sind, ob die Ursache der Beschwerden überhaupt von der Gallenblase oder nur von der Gallenblase ausgeht. Da ich selbst eine ganze Reihe von Fällen erlebt habe, in welchen auch nach der Entfernung der Gallenblase die Beschwerden in unvermindertem Grade fortbestanden haben, so halte ich für die Entscheidung in der vorliegenden Situation besonders genaue Untersuchungen der Patienten mit allen zu Gebote stehenden Methoden einschließlich der Röntgenuntersuchung und der Duodenalsondierung für notwendig und gehe je nach dem Ergebnis der betreffenden Untersuchungen von Fall zu Fall verschieden vor. Immerhin sollte man aber auch in Fällen, in welchen eine restlose Klärung der Ätiologie der Beschwerden nicht möglich ist, bei entsprechender Intensität und Dauer der Beschwerden mit einer Operation nicht zu sehr zurückhalten, weil in derartigen Fällen nach Ausführung der Laparotomie oft organische Veränderungen, wie z. B. Ulcus duodeni oder Veränderungen am hochgeschlagenen Wurmfortsatz oder andere Veränderungen zutage treten, die ihrerseits ein operatives Vorgehen rechtfertigen. Ehe man aber zu einem operativen Eingriff schreitet, müssen — und dies sei hier nochmals betont — alle Hilfsmittel der modernen Diagnostik einschließlich der Röntgenuntersuchung des Magens und der Gallenblase sowie der Duodenalsondierung erschöpft sein, trotzdem jedem von Ihnen bekannt ist, daß auch nach Durchführung solcher Untersuchungen noch Fälle übrig bleiben, in welchen bezüglich der Entstehung der Beschwerden ein „non liquet" resultiert. Denn kaum eine Abdominalregion vermag dem Diagnostiker solche Schwierigkeiten zu bereiten, wie die rechte Oberbauchgegend. Eine schematische Diagnostik ist in dieser Gegend überhaupt nicht möglich. Denn es bedarf hier für die Entwirrung der Situation oft großer Erfahrung und oft recht komplizierter Erwägungen. Dies gilt nicht ganz selten auch für solche Fälle, in welchen positive Röntgenbefunde vorliegen. Denn so hoch auch ich die Röntgenbefunde auf dem vorliegenden Gebiete einschätze, so ist, wie schon bemerkt wurde, der Nachweis von Gallensteinen — und ein Gleiches gilt auch für den Nachweis einer vergrößerten Gallenblase — noch nicht immer ein Anlaß zu einem operativen Eingriff. Ich sage dies, trotzdem ich voll anerkenne,

daß die moderne Entwicklung der Röntgenuntersuchungen der Gallenwege unseren Einblick in die Veränderungen an der Gallenblase und an den Gallenwegen ganz erheblich vertieft hat.

Der Entschluß zu einem operativen Eingriff in Fällen der hier besprochenen Art wäre leichter, wenn, wie schon bemerkt ist, die Operation als solche, auch wenn sie à froid ausgeführt wird, völlig gefahrlos wäre, und gleichzeitig auch den Patienten eine Garantie zu geben wäre, daß durch eine glücklich verlaufene Operation auch dauernd eine völlige Beschwerdefreiheit zu erreichen wäre. Beides ist aber nicht der Fall.

Bezüglich der Mortalität ergeben die Statistiken von Mayo (1922) bei Ektomien der Gallenblase eine Mortalität von 1,6 Proz., bei Eingriffen an den tiefen Gallenwegen eine Mortalität von 3,8 Proz. Kehr hatte bei unkomplizierten Fällen zuerst eine Mortalität von ca. 3 Proz., später von 1,4 Proz. Hotz gibt die Mortalitätsziffer à froid zwischen 20 und 40 Jahren mit 4 Proz., bis 45 Jahren bis 7 Proz. und später bis 16 Proz. an. Anschütz nennt dagegen bis 60 Jahren eine Mortalität von nur 2 Proz., in späteren Jahren von 4—5 Proz. Jurasz fand bei 212 unkomplizierten Fällen mit primärem Bauchverschluß eine Mortalität von nur 0,94 Proz. Dabei war der Tod in den betreffenden 2 Fällen an Lungenembolie bzw. an akuter Herzinsuffizienz eingetreten.

In der Juraszschen Statistik von 525 Fällen ist im ganzen eine Mortalität von 6,97 Proz. registriert. Dabei ergab sich eine Mortalität von

Cholezystektomie allein (275 Fälle) von	2,9 Proz.
von Cholezystektomie und gleichzeitiger Operation an anderen Organen (95 Fälle) von	4,3 „
von Choledochoduodenostomie mit und ohne Cholezystektomie (47 Fälle) von	6,38 „
bei Drainage der tiefen Gallenwege mit und ohne Cholezystektomie (73 Fälle) von	20,5 „

Bezüglich des Dauererfolges sprechen Jenkel und Simon davon, daß sie bei Ektomien in fast 95 Proz. der Fälle einen Erfolg beobachten konnten. Steinthal und Kehr nennen nur 80—90 Proz., Graff und Weinert 73 Proz., Anschütz 70 Proz., Liek 68 Proz., Arnsperger 65 Proz., Floerken 50—60 Proz., Mayo 60 Proz.

Hueck sah

völlige Beschwerdefreiheit in	65,8 Proz.
befriedigende Resultate in	19,3 „
unbefriedigende Resultate in	14,9 „

eintreten. Verbrügges Zahlen sind 70,9, 19,3 und 9,3 Proz.

Biedl (Kieler Klinik) sah

fast völlige Beschwerdefreiheit in	70 Proz.
befriedigende Resultate in	18—20 „
unbefriedigende Resultate in	10—12 „

Petermann fand bei einem Material von 680 Fällen

völlige Beschwerdefreiheit in	85 Proz.
befriedigende Resultate in	10 „
unbefriedigende Resultate in	5 „

Die „Beschwerderezidive" wechseln also in den einzelnen Statistiken zwischen 5 und 40 Proz. Auch Umber fand bei 56 Operierten, die nachuntersucht wurden, 44,7 Proz. „Beschwerderezidive". Auch ich sehe „Beschwerderezidive" so häufig, daß ich den Eindruck gewonnen habe, daß etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Operierten zu „Beschwerderezidiven" neigt. Unter „Beschwerderezidiv" rubriziere ich allerdings recht verschiedenartiges. Zuweilen handelt es sich nur um eine psychogene Fixation des alten Leidens. In anderen Fällen liegen Operationsfolgen vor. So fand z. B. Kehr postoperative Adhäsionen in 8,7 Proz. seiner Fälle, „zurückgelassene" Gallensteine in 2,3 Proz. seiner Fälle. Es ist dabei schwer zu entscheiden, ob es sich um in den Gallenwegen zurückgelassene oder neu gebildete Gallensteine gehandelt hat. Jedenfalls habe ich aber selbst zwei Fälle beobachtet, in welchen nach Ektomie der Gallenblase am Choledochus eine hernienartige Ausstülpung entstanden war, die röntgenologisch als eine Art „Ersatzblase" imponierte. In dem einen Falle war nach Eingießung von Magnesiumsulfat auch schwarze „Blasengalle" zu erhalten. In vielen Fällen von „Beschwerderezidiven" dürfte es sich aber auch um koexistierende Begleit- oder Folgeerscheinungen an der Leber, den Gallenwegen oder an den Nachbarorganen gehandelt haben, die vor und während der Operation nicht erkannt waren und die infolgedessen weiter gewirkt haben. Auch ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß durch die Folgen der Operation unter Umständen Bedingungen für die Entstehung von spastischen oder sonstigen dyskinetischen Vorgängen an den Gallenwegen gesetzt worden sind, die vor der Operation nicht vorhanden waren.

Statistiken, welche beweisen sollen, wie die nur intern behandelten Fälle im Vergleich zu den operativ behandelten verlaufen, sind aus verschiedenen Gründen schwer aufzustellen. Immerhin will ich hier die sich auf 208 Fälle erstreckende Statistik von Löwenberg, Noah und Scherk nennen. Aus dieser Statistik, welche die Patienten 2—7 Jahre nach ihrer Entlassung erfaßte, ergab sich, daß 39 Proz. völlig oder fast völlig beschwerdefrei geblieben sind und daß 40 Proz. zufriedenstellende Resultate ergaben. Als ungeheilt mußten 21 Proz. registriert werden. Ferner verfolgte Jaguttis im Jahre 1926 das Schicksal der in den Jahren 1900—1914 in der Königsberger medizinischen Klinik behandelten Gallensteinkranken und fand von

88 intern Behandelten	30 gestorben, 43 = 74 Proz. beschwerdefrei, 15 = 26 Proz. ungeheilt,
26 Operierten	8 gestorben, 11 = 61 Proz. beschwerdefrei, 7 = 39 Proz. ungeheilt.

Diese Statistiken sind klein und deshalb nur mit Reserve zu deuten. Außerdem ist aber grund-

sätzlich zu bemerken, daß die ganz leichten Fälle gar nicht die Krankenhäuser, sondern den Arzt in der Sprechstunde aufzusuchen pflegen, also bei der Statistik wegfallen. Auch kommen die Träger von Beschwerderezidiven im allgemeinen häufiger zum Internisten als zum Chirurgen. Es bringt unsere Betrachtung auch nicht wesentlich vorwärts, wenn ich hier erwähne, daß Riedel (1903) die Operation in 90 Proz. der Fälle und Kehr (1913) in 20 Proz. der Fälle als nötig erklärt hat.

Eindringlich muß aber noch betont werden, daß die von manchen Seiten gezogene Parallele mit den Verhältnissen der akuten Appendizitis nur teilweise zutrifft. Denn bei der akuten Appendizitis ist die Prognose bezüglich der möglichen lebensbedrohenden Zwischenfälle und des Ausganges derselben ceteris paribus schlechter, als bei den akut entzündlichen Prozessen der Gallenblase, so daß dies schon dort einen Grund für ein aktiveres operatives Vorgehen darstellt. Außerdem entfällt aber die Mehrzahl der Appendizitisfälle auf jugendliche Altersgruppen, während die von Gallenkolik betroffenen Patienten in erheblich größerer Zahl reiferen Jahrgängen angehören. Eine Parallele trifft allerdings insofern zu, als die Operation à chaud auch bei den Gallenblasenerkrankungen eine größere, d. h. etwa doppelt so große Mortalität zeigt, als die Operation à froid. Aus diesem Grunde habe ich auch weiter oben empfohlen, auch bei Gallenblasenerkrankungen, wenn irgend möglich, der Intervalloperation den Vorzug zu geben.

Wenn wir uns jetzt mit den Fällen von Gruppe III beschäftigen, so müssen wir die Fälle von subakutem oder subchronischem Choledochusverschluß und von chronischem Hydrops cystidis und schließlich auch diejenigen Fälle betrachten, bei welchen ein Karzinom vorliegt oder möglich erscheint.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß von den Fällen von subakutem Choledochusverschluß die überwiegende Mehrzahl eines chirurgischen Eingriffs bedarf. Ein solcher ist bei gleichzeitig bestehendem Fieber, insbesondere bei Vorhandensein von Schüttelfrösten, dringlicher als in den übrigen Fällen. Was die letzteren, d. h. die fieberlos verlaufenden Fälle von Choledochusverschluß betrifft, so verlangen einige Chirurgen, daß man schon nach 14tägigem Bestehen operativ eingreift. Ich habe aber bei operationsscheuen Patienten erlebt, daß auch noch nach $^1/_2$ jährigem oder längerem Bestehen des Choledochusverschlusses — und zwar vermutlich durch Entstehung einer inneren Fistel — eine Herstellung eintrat und empfehle deshalb in allen Fällen zunächst Duodenalirrigationen mit Magnesiumsulfatlösung (s. weiter oben). Trotzdem bin auch ich der Meinung, daß man bei Choledochusverschluß nicht zu lange abwarten soll, weil hierdurch nicht bloß Leber und Pankreas, sondern auch der Gesamtorganismus geschädigt wird. Infolgedessen stehe auch ich auf dem Standpunkt, daß man beim fieberlosen Choledochusverschluß nach etwa 3—4 wöchentlichem Bestehen des Verschlusses operativ eingreifen soll. Beschleunigend für den Entschluß zur Operation kann dabei der Nachweis einer Leberinsuffizienz wirken. Ich möchte aber hier nicht auf die Technik derselben genauer eingehen, sondern nur bemerken, daß seitdem ich für diesen Zweck den Versuch auf alimentäre Lävulosurie angegeben habe, eine ganze Reihe von brauchbaren Methoden eingeführt worden ist, welche die Leberfunktionsprüfung von verschiedenen Seiten angefaßt haben, daß aber neuerdings Achelis aus der Rehnschen Klinik die Lävuloseprobe gerade für chirurgische Zwecke besonders lobt. Achelis gibt allerdings nicht 100 g Lävulose, wie ich es seinerzeit empfohlen hatte, sondern nur 60 g. Zu einer Beschleunigung des chirurgischen Eingriffes kann aber unter Umständen auch eine gleichzeitig bestehende Pankreasstörung drängen.

Der chronische Hydrops cystidis, welcher sehr oft zu gurkenförmigen, in die Abdominalhöhle hineinhängenden, Bildungen führt, wird zwar meist ohne erhebliche Beschwerden vertragen und stellt, solange der Gallenblaseninhalt nicht infiziert ist, eine relativ leichte Erkrankung dar. Wird aber der Inhalt einer solchen Gallenblase infiziert, so können sehr unangenehme Folgen auftreten. Aus diesem Grunde halte ich es für zweckmäßig, auch den nicht infizierten Hydrops der Gallenblase prophylaktisch, d. h. vor Eintritt einer Infektion des Gallenblaseninhaltes zu operieren.

Die operative Indikationsstellung beim Karzinom der Gallenblase ist wesentlich ein diagnostisches Problem. Denn die Zahl der Fälle, in welchen die exakte Diagnose des Gallenblasenkarzinoms gelingt, ist nicht sehr groß. Aber auch die Zahl der erfolgreich operierten Fälle von Gallenblasenkarzinom ist zurzeit noch gering. Da aber meist die Dinge so liegen, daß der Diagnostiker zwischen der Annahme entzündlicher oder karzinomatöser Veränderungen schwankt, so wird der Operateur meistens doch organische Veränderungen vorfinden, die ihm häufiger Anlaß zu einem speziellen operativen Vorgehen abgeben, als zu dem Entschluß, es bei der Probelaparotomie bewenden zu lassen. Bezüglich der Differentialdiagnose will ich nur kurz darauf hinweisen, daß Verhärtungen in der Umgebung der Gallenblase auch bei entzündlichen Prozessen vorkommen und daß Fieber sowohl bei Karzinom wie bei entzündlichen Prozessen beobachtet werden kann. Was für das Gallenblasenkarzinom gesagt ist, gilt mutatis mutandis auch für das Karzinom der Papilla Vateri. Für dessen Feststellung habe ich auf Grund eigener Erfahrungen den dauernden Nachweis von okkultem Blut in den Fäzes und den wiederholt makroskopisch zu erhebenden Befund von Blut im Mageninhalt schätzen gelernt. In meinen eigenen Fällen war dabei die Gallen-

blase meist fühlbar. In zwei Fällen lag jedoch eine Schrumpfblase vor.

Bei der chirurgischen Indikationsstellung bei Pankreaserkrankungen liegen die Dinge klar und unumstritten, soweit es sich um Fälle von sogenannter Pankreasnekrose handelt. Bei den Fällen von akuter Pankreasnekrose bedarf es des sofortigen chirurgischen Eingriffes, da die Aussichten bei einem Zögern der chirurgischen Intervention sich von Stunde zu Stunde verschlechtern. Das lehrt nicht bloß die tägliche Erfahrung, sondern ist auch durch eine Reihe von Statistiken, so z. B. aus dem Baseler und dem Leipziger Material, erwiesen. Die Diagnose der akuten Pankreasnekrose muß also mit dem Entschluß zum operativen Eingriff koinzident sein. Da aber nicht in allen Fällen die Diagnose der akuten Pankreasnekrose ohne weiteres klar und eindeutig ist, so sollte man den Grundsatz befolgen, daß schon der Verdacht einer akuten Pankreasnekrose den Anlaß zum sofortigen oder wenigstens alsbaldigen chirurgischen Eingriff abgibt. Einen solchen Standpunkt kann man schon aus dem Grunde vertreten, weil ileusartige Erscheinungen mit linksseitigem Bauchschmerz, Oberbauchmeteorismus und auffälliger allgemeiner Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (Puls, Facies usw.), selbst wenn es sich nicht um eine Pankreasnekrose handelt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einen organischen Untergrund haben, so daß dieser an sich eine Operation erfordert hätte. Sollte man sich aber hier ausnahmsweise einmal täuschen, so ist es bei einer so hochgefährlichen Erkrankung, wie es die akute Pankreasnekrose ist, ohne weiteres vertretbar, daß man auch einmal ohne zwingenden Grund laparotomiert hat. Auch bei der akuten und subakuten eitrigen Pankreatitis ist eine operative Indikation ohne weiteres gegeben. Denn es ist bisher die Mehrzahl der operativ angegriffenen Fälle (Mayo-Robson 6:5, Marwedel 9:6) geheilt worden. Zuweilen führt aber das operative Vorgehen nur zu einer Defektheilung. So sah ich unter anderen in einem derartigen Fall nach gut gelungener Operation, bei welcher allerdings die Hauptmasse des Pankreas entfernt werden mußte, einen Diabetes auftreten. Einen solchen Folgezustand wird man jedoch bei der operativen Behandlung eines Leidens von lebensbedrohendem Charakter ohne weiteres in Kauf nehmen. Leider liegen aber bei den subakut oder chronisch verlaufenden Fällen von eitriger Pankreatitis die diagnostischen Verhältnisse nicht immer ganz klar, sofern nicht ein Tumor vorhanden ist oder ausgeprägte Funktionsstörungen des Pankreas fehlen. Gewiß ist eine Gallensteinanamnese und der „Linksschmerz" sehr wichtig, es ist aber schon darauf hingewiesen worden, daß man den Linksschmerz bei Gallenblasenerkrankungen auf röntgenologischem Wege gelegentlich auch als Folge eines Gastrospasmus erkannt hat. Was die Funktionsprüfung des Pankreas durch Nachweis von Diastase im Urin und atoxylresistente Lipase im Blutserum betrifft, so ist nur der positive Befund beweisend. Ein gleiches gilt auch von den Headschen Zonen, da diese nach meinen eigenen Erfahrungen in einer nicht geringen Anzahl von Fällen von Pankreaserkrankung vermißt werden. Dagegen erscheint mir bei nicht eitriger akuter Pankreatitis Eile für einen operativen Eingriff nicht immer ohne weiteres notwendig, da ich, wie schon bemerkt wurde, bei systematischen Untersuchungen von Patienten, die an Gallenblasenerkrankungen litten, ziemlich häufig vorübergehende, d. h. reversible Funktionsstörungen am Pankreas nachweisen konnte. Da aber doch möglich ist, daß mehrfache entzündliche Schübe, welche über ein Pankreas hinweggehen, gelegentlich Residuen hinterlassen, welche die Disposition zur Entstehung schwerer, d. h. eitriger oder nekrotischer, Prozesse abgeben können, so wird man in Fällen der vorliegenden Art individuell vorgehen, d. h. seinen Entschluß von der Lage des Einzelfalles abhängig machen.

Auch für die Indikationsstellung der chirurgischen Behandlung chronischer Pankreatitiden liegen die Dinge nicht immer einheitlich. Dies kommt schon daher, daß wir bei der vorliegenden Gruppe neben einwandfrei diagnostizierbaren Fällen doch eine nicht geringe Zahl von Fällen antreffen, bei welchen die diagnostischen Verhältnisse nicht ganz eindeutig sind. Dies gilt insbesondere mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose gegenüber dem Pankreaskarzinom. Soweit sich diese Fälle in Form eines chronischen Ikterus mit vergrößerter Gallenblase präsentieren, bereitet allerdings die chirurgische Indikationsstellung kaum Schwierigkeiten. Denn das mindeste, was man in solchen Fällen auf chirurgischem Wege nützen kann, ist eine Entlastungsoperation im Sinne einer Verbindung zwischen Gallenblase und Darm. In zahlreichen Fällen eigener Beobachtung, welche ein Karzinom des Pankreaskopfes betrafen, habe ich durch eine solche Umgehungsoperation nicht bloß eine erhebliche Linderung der Beschwerden des Patienten durch Wegfall der Gallenblasenstauung und Besserung der Ernährung, sondern wie mir scheint, auch eine Verlängerung der Lebensdauer eintreten sehen. Wenn sich der Operateur auch in zahlreichen Fällen von chronischer Pankreatitis, die vorwiegend den Pankreaskopf betreffen und die zu den hier genannten Folgeerscheinungen Anlaß gegeben haben, mit der hier genannten Operation begnügen muß, so gibt es aber doch eine Reihe von Fällen, bei welchen eine direkte Operation in Form von Kapselspaltung oder Inzision des Pankreas eine Besserung der Pankreatitis erzeugt. Im übrigen hat man auch in leichteren Fällen, bei welchen nur die Umgehungsoperation ausgeführt worden ist, gelegentlich eine Rückbildung der chronischen Pankreatitis beobachten können.

Über die chirurgische Behandlung der Pankreas-Konkremente ist zu bemerken, daß die Dia-

gnose der Pankreassteine außerordentlich schwierig ist, daß aber die Folgeerscheinungen der Konkremente sich gelegentlich so stark in den Vordergrund drängen, daß diese den Anlaß zu einem chirurgischen Eingriff geben können.

Pankreaszysten sind stets Gegenstand einer Operation. Die Prognose dieser Operation ist nicht ganz ungünstig, sei es, daß es sich nur um Einnähung oder um Totalexstirpation handelt. Es beträgt bei letzterem Vorgehen die Mortalität nach den Statistiken von Göbell und Gulecke etwa 10 Proz.

Pankreassarkome habe ich zweimal erlebt. Es sind aber die betreffenden Patienten trotz Operation zum Exitus gelangt. Ob die operative Inangriffnahme des Pankreaskarzinoms zum Ziel führt, hängt von der Lage des einzelnen Falles ab, d. h. von der Ausdehnung des Karzinoms, von dem Vorhandensein oder Fehlen von Verwachsungen und von der Widerstandskraft des Patienten. Überhaupt ist die letztere genau so, wie bei der Operation an den Gallenwegen, ein für das Gelingen der Operation stark in die Wagschale fallender Faktor. Höheres Lebensalter, Herz-, Lungen- und Nierenstörungen, Adipositas erschweren die Prognose. Bei den akuten Prozessen kommt noch eine toxische, insbesondere das kardiovaskulare System schädigende, Quote hinzu, wie wir dies speziell bei der Pankreasnekrose so oft erleben.

Jedenfalls setzen uns aber die Fortschritte der chirurgischen Technik im Verein mit einer durch die Revision der operativen Ergebnisse geläuterten und gefestigten Auswahl der Fälle sowohl auf dem Gebiete der Gallenblasenerkrankungen wie auf dem Gebiete der Pankreaserkrankungen in die Lage, heute zahlreiche Menschen am Leben zu erhalten, welche früher als verloren betrachtet werden mußten. Es ziemt sich deshalb auch an dieser Stelle derjenigen zu gedenken, welche als Pioniere auf dem vorliegenden Gebiet die frühesten Anstöße zu den jetzt erreichten Fortschritten gegeben haben. Es waren dies vor allem Langenbuch, Kehr, Körte u. a. Unser Dank gebührt diesen nicht bloß deshalb, weil sie die technischen Methoden zur chirurgischen Behandlung der hier besprochenen Krankheiten geschaffen und ausgebaut haben, sondern auch aus dem Grunde, weil sie durch die operative Inangriffnahme der uns hier interessierenden Krankheiten, d. h. durch die „Autopsia in vivo", eine große Anzahl von neuen Tatsachen aufgedeckt haben, welche nicht bloß zu einer erheblichen Bereicherung unseres Kennens, sondern vor allem auch zu einer für das Schicksal der Kranken höchst bedeutsamen Förderung unseres Könnens geführt haben.

Aus dem Krankenhaus Aachen-Forst.

2. Osteomyelitisprobleme.

Von

Max Krabbel.

Die akute purulente Osteomyelitis — und nur von dieser Form der pyogenen Knochenerkrankung soll im folgenden die Rede sein — ist ein nach pathogenetischen und klinischen Gesichtspunkten so in sich abgeschlossenes, genau charakterisiertes Krankheitsbild, lehrbuchmäßig so nach allen Richtungen — in Ätiologie, Diagnose und Therapie — festgelegt, daß es jedem Kandidaten der Medizin geläufig sein muß und sicherlich von jedem Arzte zu dem best gesicherten Bestande seines heute oft so arg bedrängten Wissens gerechnet wird.

Es wird also vielleicht eigenartig und merkwürdig erscheinen, daß man auch auf diesem anscheinend so fest gesicherten Boden noch von Fragen oder gar Problemen sprechen darf. Es haben sich aber doch auch auf diesem Gebiete in den letzten Jahren eine Reihe von Forschungsergebnissen und Beobachtungen ergeben, die uns in manchen Punkten zu einer Revision unserer Anschauungen zwingen und die vor allem dem praktischen Arzt geläufig sein müssen; in seiner Hand liegt ja in der Mehrzahl der Fälle die Entscheidung nicht nur über das Schicksal des erkrankten Knochens, nicht nur über das Schicksal der befallenen Extremität, sondern häufig genug auch über Sein oder Nichtsein des Erkrankten selbst.

Die hier in Betracht kommenden Fragen haben ihre publizistische Bearbeitung meist in chirurgischen Fachzeitschriften gefunden und sind wohl deshalb noch nicht so Allgemeingut der Ärzte geworden, wie es bei der Bedeutung der Materie wünschenswert wäre. Das gibt mir die Veranlassung einige Seiten des ganzen Fragenkomplexes in dieser Zeitschrift, die sich ja vor allem doch an den praktischen Arzt wendet, zu behandeln.

Auf drei Punkte soll im folgenden die Aufmerksamkeit gelenkt werden:

1. die Röntgendiagnose der akuten Osteomyelitis (ak. Ost.),
2. die neueren Ansichten über die zweckmäßigste Therapie der ak. Ost.,
3. die Zusammenhänge zwischen ak. Ost. und Trauma.

Die Röntgenuntersuchung ist besonders im letzten Jahrzehnt ein nicht mehr zu missender Bestandteil diagnostischer Maßnahmen auch für den praktischen Arzt geworden. Und es ist selbstverständlich, daß gerade auf dem Gebiete der Extremitätenerkrankungen immer dann, wenn eine Erkrankung des Knochens überhaupt in Frage kommt, das Röntgenogramm nicht entbehrt werden kann und darf. Wenn aber die Röntgenunter-

suchung zur Sicherung der Diagnose: ak. Ost. herangezogen werden soll, dann muß klargestellt werden, was wir von dem Röntgenbild in den einzelnen Stadien der Erkrankung erwarten dürfen. Und gerade in diesem Punkt bestehen nach unseren konsultativen Erfahrungen mancherorts doch ganz irrtümliche Vorstellungen. Es muß immer wieder mit allem Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß die ak. Ost. im frühesten Stadium röntgenologisch Veränderungen nicht erkennen läßt. Das Primäre der ak. Ost. ist eine Markphlegmone; in der ganzen Zirkumferenz des Knochens abgehoben ist — und das ist sie im frühen Stadium nicht — und wenn die Stelle der charakteristischen Veränderung bei der üblichen Aufnahmetechnik nicht auf die Platte projiziert ist. Wirkliche Strukturdeformierungen am Knochen selbst kommen erst dann zur Darstellung, wenn einzelne Abschnitte des Knochens infolge Gefäßverlegung aus der Zirkulation ausgeschaltet sind und der Nekrose verfallen. Bis dahin vergeht aber immer eine gewisse Zeit, 2—3 Wochen und länger.

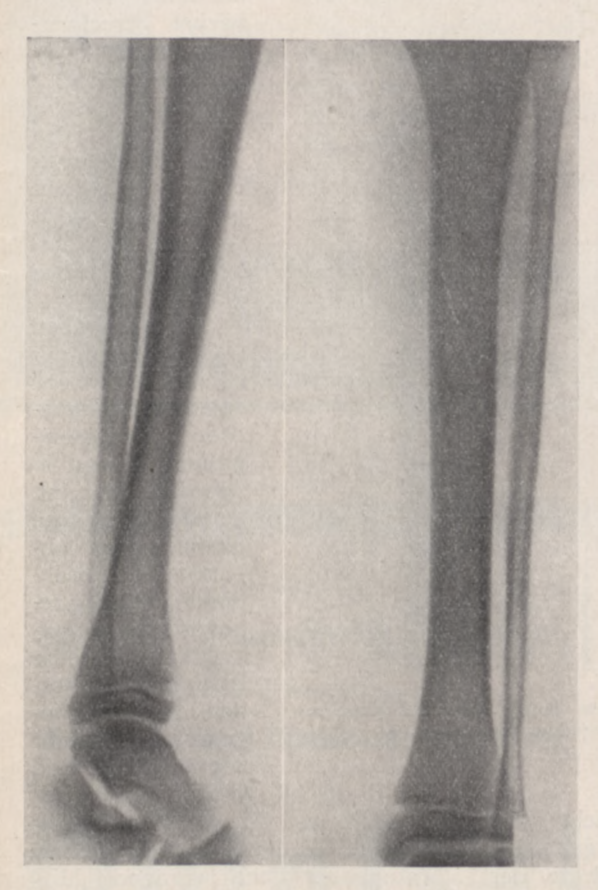


Fig. 1a. L. H. 7 Jahre. Schwere ak. Ost. der Tibia. Subperiost. Abszeß. Aufnahme 8 Tage nach Beginn der Erkrankung. Im Röntgenbild keine Veränderungen.

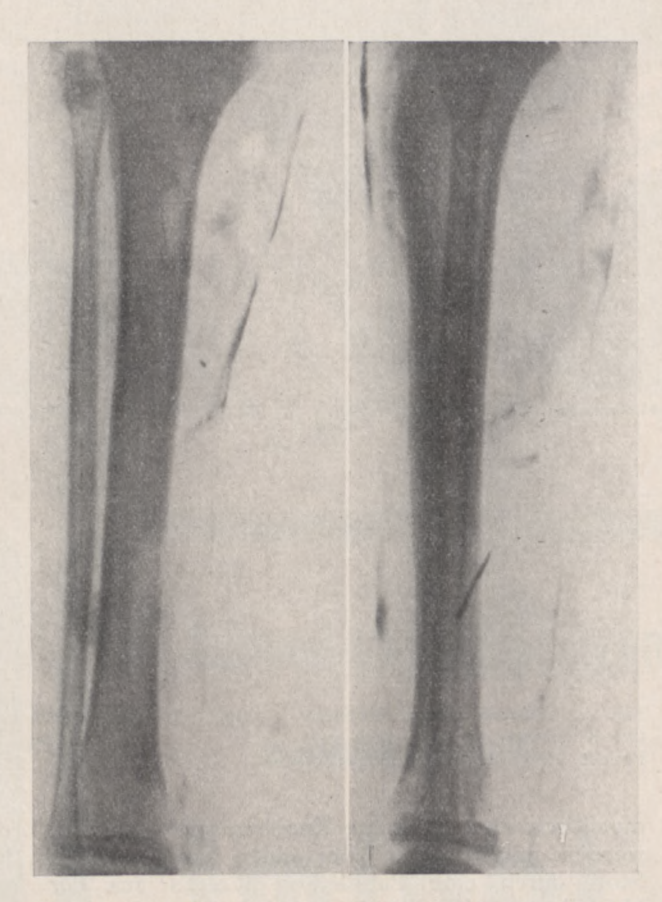


Fig. 1b. 14 Tage später. Trepanationsöffnungen an der Tibia oben und unten. Verwaschene Zeichnung im Bereich der Metaphysen.

Spongiosa und Corticalis des Knochens erleiden zunächst keine Strukturveränderung; das pathologisch-anatomische Geschehen ist so, daß nun der unter Druck stehende Eiter einen Ausweg durch die Haversschen Kanälchen sucht und sich dann — aber auch das erst nach einer gewissen, kürzeren oder längeren Frist — unter dem Periost ausbreitet; erst in diesem Stadium werden die ersten röntgenologisch faßbaren Veränderungen zustande kommen; sie dokumentieren sich in einer feinen Doppelkontur des Knochens, entsprechend der Abhebung des Periosts durch den Eiter. Aber auch jetzt noch kann das Röntgenbild negativ sein, wenn die Knochenhaut nicht

Einige Abbildungen sollen das Gesagte veranschaulichen:

Ich glaube, daß die abgebildeten Röntgenogramme mit aller Deutlichkeit zeigen, daß im Frühstadium der Erkrankung röntgenologische Veränderungen nicht erwartet werden dürfen; jedenfalls darf bei negativem Röntgenbefund die Diagnose: Ost. ac. nicht abgelehnt werden!

Auch die Anschauungen über die zweckmäßigste Therapie der ak. Ost. sind im letzten Jahrzehnt großen Schwankungen ausgesetzt gewesen. Nachdem man in früherer Zeit sich meist mit der Inzision des subperiostalen Abszesses

begnügt hatte, war zu Anfang dieses Jahrhunderts die primäre Trepanation des erkrankten Knochens die allgemein anerkannte Methode der Wahl geworden. Das Dogma, daß jeder osteo-

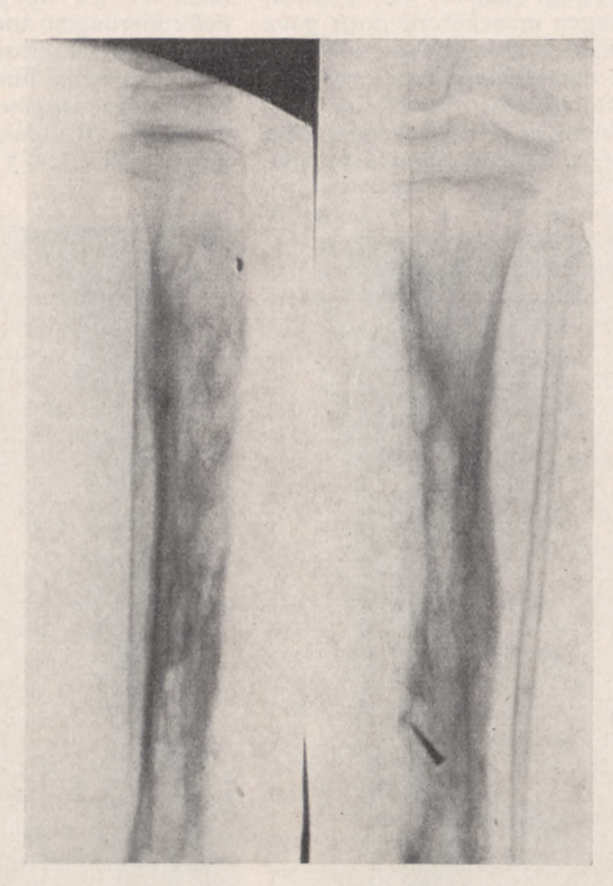


Fig. 1 c. 2 Monate später. Regenerative Knochenneubildung, auch vom Periost aus. Kortikaler Sequester.

Fig. 1 d. Nach einem halben Jahr. Verstärkte Knochenneubildung. Sequester losgelöst.

myelitisch akut erkrankte Knochen sofort geöffnet werden müßte, erlitt aber einen empfindlichen Stoß durch eine Publikation Rosts aus der Heidelberger Klinik, der statistisch nachweisen konnte, daß bezüglich Mortalität und Heilungsdauer die einfache Inzision des subperiostalen Abszesses der Trepanation des Knochens nicht nachstehe. Diese Arbeit hat zu langen Diskussionen im chirurgischen Schrifttum geführt; Diskussionen, die besonders eindrucksvoll wurden, als schließlich noch extremere Postulate und Vorschläge zum Ausdruck gebracht wurden. Das Extrem konservativer Behandlung stellte eine Anregung Ritters dar, der für die Behandlung der ak. Ost. die wiederholte Punktion des subperiostalen Abszesses als durchaus ausreichend empfahl und von dieser Methode gute Resultate sah. Auf der anderen Seite — darin liegt das Extrem radikaler Therapie — wurde von einigen Chirurgen, besonders Kudlek, der Vorschlag gemacht, nicht generell, aber doch in einzelnen geeigneten Fällen den ganzen erkrankten Knochenabschnitt unter Erhaltung des Periosts zu resezieren. Damit wäre dann im Sinne einer wirklich kausalen Therapie der ganze Krankheitsherd mit einem Schlage beseitigt. Vom erhaltenen Periost aus regeneriere sich bei zweckmäßiger Nachbehandlung — zunächst Streckverband, später Gipsverband — der Knochen vollständig, wobei das in den erhaltenen Periostschlauch ergossene Blut den wirksamen Nährboden für das Regenerat abgebe.

Diese Angaben sind nicht von der Hand zu weisen und durch entsprechende Röntgenogramme belegt. So sind Fälle bekannt, wo sich die ganze Skapula nach subperiostaler Resektion vollständig regenerierte (Vorschütz); gleiche Erfahrungen wurden bei der Regeneration kleiner Rippenstücke und ganzer Rippen gemacht; sie liegen auch vor für die Neubildung langer Röhrenknochen z. B. der Tibia. Es finden sich in der Literatur aber auch warnende Mitteilungen, die von Pseudarthrosenentstehung nach Resektion größerer Diaphysenabschnitte berichten. Damit erfährt dieses radikale Verfahren eine starke Belastung; viel Freunde hat es sich ohnedies nicht erworben, weil die Operation eingreifend und für den schwerkranken Organismus als recht gefährlich anzusehen ist.

Das therapeutische Optimum liegt zweifellos in der Mitte zwischen den beiden geschilderten extremen Verfahren; es kann je nach der Art und Schwere der Erkrankung weitgehendst individualisiert werden. Es wird immer Fälle geben, wo die Größe des Weichteilabszesses und die Schädigung des Allgemeinbefindens zu weiser Beschränkung zwingt und den kleinsten Eingriff der Abszeßinzision als zunächst ausreichend erscheinen läßt; in der Regel werden wir aber an der primären Trepanation als Methode der Wahl

festhalten; wenn Osteomyelitis die Erkrankung des Markes, also des Knocheninnern bedeutet, so wird nach dem alten Grundsatze: ubi pus, ibi evacua, der trotz aller andersgerichteten therapeutischen Bemühungen unserer Zeit seine Gültigkeit behalten hat, die primäre Eröffnung des Knocheninnern der therapeutischen Notwendigkeit am sichersten gerecht werden.

Eine dritte Frage aus dem Gebiet der ak. Ost. muß uns hier beschäftigen, die Frage des Zusammenhangs zwischen Osteomyelitis und Unfall. Die Stellungnahme zu dieser Seite des Osteomyelitisproblems hat in der Literatur außerordentlich divergierende Beantwortung gefunden, Wenn es auf der einen Seite Ärzte gibt, die prinzipiell in jedem Falle eine äußere Gewalteinwirkung als auslösendes Moment der Erkrankung ansehen möchten und deshalb geradezu im Verein mit dem Erkrankten bzw. dessen Eltern nach einer solchen exogenen Ursache suchen, wird auf der anderen Seite die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges gerade von erfahrenen Unfallärzten mit größter Skepsis betrachtet und nur für einzelne, mit äußerster Kritik ausgewählte Fälle zugegeben. Für den kausalen Zusammenhang zwischen Ost. ac. und Trauma ergeben sich nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten drei Möglichkeiten: 1. das Trauma schafft einen locus minoris resistentiae für die Ansiedlung von Bakterien, die im Blute kreisen; 2. durch das Trauma wird ein latenter, ruhender Infektionsherd im Knochen mobilisiert; 3. von einer Weichteilverletzung aus kommt auf dem Lymphwege per continuitatem fortgeleitet eine Infektion des Knochens zustande.



Fig. 2b. 6 Wochen später. Schwere Zerstörungen des Tibiakopfes bis weit in die Diaphyse hinein.

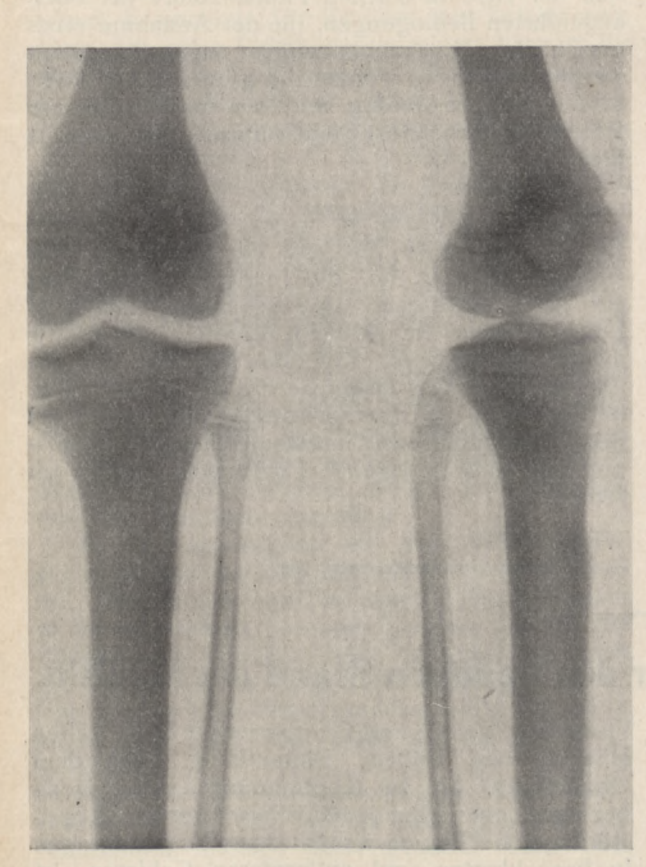


Fig. 2a. K. O. 8 Jahre alt. Beginn der Erkrankung vor 8 Tagen. Schwerste Osteom. ac. im oberen Tibiaabschnitt. Empyem des Kniegelenkes. Röntgenologisch noch keine Veränderungen.

Wenn auch theoretisch diese Möglichkeiten als gegeben angesehen werden müssen, so wissen wir doch aus großen Experimentenreihen, daß zur Realisierung dieser Möglichkeiten ganz bedingte Vorbedingungen vorliegen müssen, und andererseits stehen uns eine Reihe von klinischen Erfahrungen zur Verfügung, die diese Annahme kausaler Zusammenhänge stark diskreditieren. So wissen wir, daß subkutane Blutergüsse sich im allgemeinen recht selten infizieren; auch traumatische Gelenkergüsse verfallen nach allgemeiner Erfahrung nur ganz selten einmal der Suppuration. Schwerste Knochenverletzungen — Kontinuitätstrennungen, Zertrümmerungen, selbst komplizierte Frakturen — werden nur in Ausnahmefällen osteomyelitisch infiziert. Liniger sah in jahrelanger Behandlung verletzter Fußballspieler zahlreiche Extremitätenverletzungen auch schwerster Natur, es konnte „niemals auch nur ein Fall von Osteomyelitis nach Unfall konstatiert werden“.

Die ak. Ost. ist eine **typische Infektionskrankheit** des jugendlichen Alters, die im allgemeinen eine **äußere Gewalteinwirkung** als Entstehungsursache **nicht** voraussetzt.

Soll der Kausalnexus zwischen Trauma und ak. Ost. anerkannt werden, so müssen einige, streng zu fassende Bedingungen erfüllt sein: 1. das Trauma muß erheblicher Natur gewesen sein; Liniger legt besonderen Wert auf den Nachweis von äußeren Verletzungsspuren; 2. der Sitz der Erkrankung muß der Stelle des Traumas durchaus entsprechen und 3. der zeitliche Zusammenhang zwischen Trauma und Ausbruch der Krankheit muß gewahrt sein; Garrè, Liniger und anderen gilt diese Bedingung als erfüllt, wenn zwischen Verletzung und ersten klinisch faßbaren Symptomen mindestens 6 Stunden, höchstens 14 Tage liegen. Ist der zeitliche Zwischenraum größer, so ist die Frage des Zusammenhanges mit äußerster Vorsicht zu beurteilen.

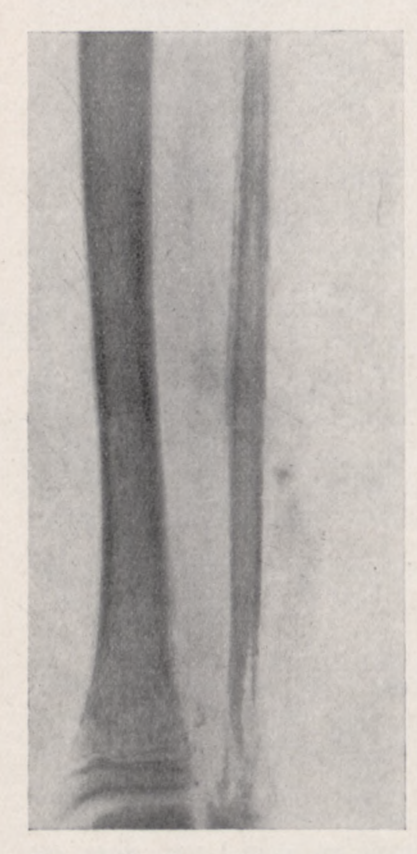


Fig. 3. Th. H. 7 Jahre alt. Krank seit 10 Tagen. Schwerste Osteomyelitis der Fibula und Tibia. Im Röntgenbild nur auffallende Doppelkonturierung der Fibula.

Prüft man die Fälle von ak. Ost. nach diesen strengen Maßstäben auf die Möglichkeit des kausalen Zusammenhanges zwischen Trauma und Erkrankung, so schrumpft die Zahl der sicher oder doch mit größter Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge anzusehenden außerordentlich zusammen. Seitdem das Reichsversicherungsamt sich diese Auffassung zu eigen gemacht hat, konnte nach einer Mitteilung von Liniger und Hähner[1]) nur in 5—10 Proz. der als Unfallfolge angemeldeten Fälle die Frage des ursächlichen Zusammenhanges bejaht werden.

Es ist dringend zu wünschen, daß die Kenntnis dieser Dinge Allgemeingut der Ärzte wird; meist wird gerade im Gutachten des erstbehandelnden Arztes der Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung ohne hinreichende Begründung als höchstwahrscheinlich oder gar sichergestellt angenommen; dem späteren Begutachter wird damit kritische Prüfung und Stellungnahme außerordentlich erschwert. Gerade der erstbehandelnde Arzt muß sich klar darüber sein, daß die Angaben des Erkrankten bzw. seiner Eltern mit größter Vorsicht aufzunehmen sind; der Laie wird bei Krankheiten dieser Art immer nach einer äußeren Ursache suchen und sie oft genug — vielleicht bona fide — in einem bis dahin unbeachtet gebliebenen Stoß, Schlag oder dgl. finden. Erinnert sich der Arzt in solchen Fällen sofort der oben angeführten Bedingungen, die der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zugrunde gelegt werden sollten, so werden die gutachtlichen Fehlurteile seltener werden und der unfallversicherte Kranke wird vor einer Begehrungsneurose bewahrt bleiben.

Es lag mir daran, zu zeigen, daß das alte, uns so wohl vertraute Bild der ak. purulenten Ost. einige Seiten hat, auf die in den letzten Jahren ein neues, kritisches, aber schließlich klärendes Licht gefallen ist. Diesem Lichte müssen wir folgen; nur so wird es möglich sein, bei der verantwortungsvollen Diagnose des Krankheitsbildes, bei der Wahl des therapeutischen Mittels und bei der Beurteilung nach unfallgesetzlichen Gesichtspunkten schwerwiegende Fehlentscheidungen zu vermeiden.

[1]) Mschr. Unfallheilk. 1929, Nr. 2.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung.

Von

Dr. **G. Hauffe** in Wilmersdorf.

Die chronische Stuhlverstopfung mit ihren mannigfaltigen dazu kommenden und sie begleitenden Beschwerden aller Art, mißvergnügte Stimmung, Druck und Schmerzen im Leib, kalten Händen und Füßen, Blutandrang nach dem Oberkörper, bis zu Kopfschmerzen und Herzbeklemmungen Hämorrhoidalbeschwerden, Regelstörungen bei Frauen, also Blutverteilungsstörungen in benachbarten und entfernteren Gebieten, ist eine Plage für den Kranken und den Arzt. Die alten Ärzte wußten, weshalb solche Kranke Hypochonder, d. h. „Unterleibler" werden. Die große

Zahl der dagegen empfohlenen Mittel zeigt den Umfang des Leidens, das Verlangen der Kranken nach Linderung, aber auch die Erfolglosigkeit der angepriesenen Mittel auf die Dauer.

Es ist hier nicht der Ort auf die vielfachen Entstehungsursachen, die Verbindung mit anderen Erkrankungen und die besonderen Bedingungen für die Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht einzugehen. Gewiß ist es richtig, soweit es möglich ist, eine Erkrankung kausal zu behandeln, d. h. sie von Grund aus aufzutrieseln, in ihre einzelnen Zusammenhänge zu zerlegen und darnach die Behandlung einzurichten. Wenn man jedoch ein Knotengewirr vor sich hat, so wird man froh sein, zunächst einen Faden herauszufinden, bei dem man mit der Entwirrung anfangen kann.

Der Kranke ist heut leider oft so eingestellt, daß er selbst möglichst wenig mit handeln will. Es soll in unserem hastenden Zeitalter sich alles ohne Störung der Bequemlichkeit abwickeln. Der Kranke will bald einen Erfolg sehen. Er will geregelten Stuhlgang haben, um seine dauernde Plage, die ihm das Leben verbittert, los zu sein. Wie das geschieht, ist ihm gleich. Daß es ein „Mittel“ eine Pille, die wie ein Perpetuum mobile wirkt, dabei nicht geben kann, das weiß wohl der Arzt, aber er muß es auch dem Kranken verständlich machen. Ein Kranker, der bereits viele Methoden ohne Erfolg durchprobiert hat, ist für eine Behandlung, die an sein Mitwirken gewisse Ansprüche stellt, mit der Zeit zu gewinnen.

Die hier beschriebene Behandlung verlangt das Mitwirken des Kranken. Sie sucht den Kranken zu erziehen. Es gehört auch eine gewisse Energie des behandelnden Arztes dazu, immer wieder den Kranken weiter zu führen. Die Sicherheit, daß der Erfolg bei gewissenhafter Durchführung nicht ausbleibt, muß der Arzt erst durch die Erfahrung sich verschaffen. Dann wird er, im Vertrauen auf den Dauererfolg, den oft mißmutigen Kranken zur gewissenhaften Durchführung bekommen. Denn diese Kranken haben es begriffen, daß ein durch Abführmittel erzwungener, zeitweiliger Stuhlgang und ein selbsttätiger, grundverschiedene Dinge sind, die sich schon im Befinden auswirken.

Es ist nun möglich mit einer Reihe physikalischer und diätetischer Maßnahmen einfacher Art, die bei gutem Willen ohne große Apparatur in jedem Haushalt durchführbar sind, auch in der Kassenpraxis und Poliklinik, in auffallend vielen und hartnäckigen Fällen einen verblüffenden Erfolg, und was für den Kranken wichtig ist, oft in kurzer Zeit, und dann sogar auf die Dauer zu erreichen.

Alle Abführmittel, auch Klistiere, fallen fort. Der Kranke wird zunächst auf vollkommen flüssige Kost gesetzt. Alle zwei Stunden, genau nach der Uhr, nimmt er eine kleine Tasse Obstsuppe, warm oder kalt, saure Milch, oder Tee verschiedener Art, je nach der Geschmacksrichtung, Pfefferminz, Kamillentee, natürlich keinen „abführenden“. Die Flüssigkeit soll in kleinen Schlucken, nicht die ganze Menge auf einmal, genossen werden. Es bleibt also alle feste Nahrung jeder Art fort. Darauf kommt es zunächst an, das dem Kranken beizubringen.

Diese Verordnung wird solange fortgeführt, bis der erste Stuhl, wenn auch in kleiner Menge erscheint. Er ist oft hart und mühsam. Tief hockende Stellung, niederes Klosettbrett, so daß die Knie nahe an den Leib herangezogen sind, mit Unterstellen eines Schemels für die Füße, sind empfehlenswert. Nachteile können bei dieser Kostform nie entstehen, selbst angenommen, daß eine organische Erkrankung, oder ein Geschwür irgendwelcher Art, zugrunde liegt. In hartnäckigen Fällen kann es einige Tage dauern, bis der erste Stuhl erscheint. Natürlich nimmt dabei der Kranke einige Pfund an Gewicht ab. Diese holt er später leicht nach.

Es ist verständlich, daß ein Darm, dem keine feste Nahrung zugeführt wird, allmählich beginnt den festsitzenden Inhalt zu bewegen, weil eine andere Verteilung des Inhalts zur Darmoberfläche eintritt. Daß das nicht flott vonstatten geht, ist bei der dauernden Überdehnung der Gewebe und der untätigen Muskulatur klar. Wichtig ist, daß dem Kranken dabei die unbegründete „Angst vor dem Verhungern“ genommen wird. Das ist Sache des Arztes, ihm klar zu machen, daß erst eine gewisse Menge entleert sein muß, ehe neu von oben etwas Festes zugeführt werden darf. Ein wesentliches Hungergefühl tritt, wie unsere Kranken angeben, nicht auf. Es ist lediglich die ihnen von anderer Seite beigebrachte Angst, welche durch die ungewohnte Leere im Leib in Erinnerung kommt. Diese Kranken wissen gewöhnlich gar nicht, was Hunger und gesunder Appetit heißt. Man mache es dem Kranken nur klar, daß er bei Verteilung der Nahrung auf die einzelnen Stunden mindestens ebensoviel zugeführt bekommt, wie sonst, wenn nicht mehr. Durch die andere Verteilung der eingeführten Menge auf die Fläche des resorbierenden Darmes erfolgt jedoch eine bessere Ausnutzung. Deshalb kann er sogar mit einer geringeren Nahrungsmenge auskommen.

Ist der erste Stuhl da, so kann ein- oder zweimal am Tage festere Nahrung genommen werden. Gemüse- oder Kartoffelbrei, Obst, weißer Käse, Mondaminbrei mit Tunke oder dergleichen. Aber, das ist wichtig, nur in kleinen Mengen und dazwischen wieder Obstsuppen. Die kleinen Mahlzeiten, alle zwei Stunden, bleiben also zunächst bestehen! Zur Vermeidung der Eintönigkeit wechselt man selbstverständlich in der Art der Obstsuppen, die aus frischen oder getrockneten Früchten bereitet werden können. Setzt der Stuhl aus, so wird sofort wieder zur flüssigen Kost unter Bevorzugung der Obstsuppen zurückgegangen. Abführmittel irgendwelcher Art, auch Klistiere, werden nicht wieder eingeführt. Das gerade ist für den Dauererfolg

wichtig und erfordert manchmal Überwindung vonseiten des Kranken mit Unterstützung durch die Energie des Arztes.

Es ist ferner nötig, daß der Kranke zu regelmäßigem Stuhlgang erzogen wird. Der erste Gang aus dem Bett heraus ist zum Klosett, auch wenn nichts erfolgt! Es ist bekannt, daß Kinder so abgerichtet werden können, daß sie ganz regelmäßig ihre Entleerungen haben und dann trocken liegen. Die Gewohnheit, die Einübung eines Reflexes, tut dabei recht viel.

Ist der Stuhlgang einige Tage regelmäßig da, so kann nun feste Nahrung eingeschoben werden. Jedoch immer unter Innehaltung der kleinen Mengen und zweistündlichen Pausen, dabei abwechselnd Festes und Flüssiges. Schließlich geht man zur gewohnten Nahrung langsam über, zunächst immer noch in kleinen Mengen alle zwei Stunden. Sowie einmal der Stuhlgang nicht ganz in Ordnung ist, wird sofort wieder ein Obstsuppentag angesetzt. Das tut der Patient alsdann gern, wenn er erst einmal den hervorragenden Nutzen am eigenen Leibe gespürt hat. Im allgemeinen können wir sagen, daß außer in den allerersten Tagen, wo es noch ungewohnt ist, die Kranken der Diätform keine Widerstände entgegensetzen.

Daß die Hauptmahlzeiten mit Leichtigkeit in mehrere Einzelmahlzeiten zu zerlegen sind, begreift die Hausfrau sofort. Einwände dagegen geschehen fast nur von den Männern und — den Ärzten. Als Beispiele seien gebracht: 7 Uhr Kompot. 8 Uhr eine Tasse Milch oder Kaffee. 10 Uhr ein Brötchen. 12 Uhr Obst. 1 Uhr Gemüse, ein bis zwei Löffel. 2 Uhr Fleisch, eine bis zwei Kartoffeln. 3 Uhr Nachspeise. 5 Uhr Brötchen oder Obst. 7 Uhr Stulle oder Gemüse. 9 Uhr Kompot oder Obst oder Käse.

Besonderen Wert legen wir darauf, daß alsdann der Küchenzettel schon des Morgens Abwechslung zeigt. Auch tagsüber tauscht man gelegentlich die Speisenfolge, so daß die Reihenfolge ganz anders wird. Man fängt einen Tag mit einem Brötchen an, den anderen mit Obst, wieder einen anderen mit Milch, süß, roh, gekocht oder auch sauer. Die kleinen zweistündigen Mahlzeiten lassen sich laut Erfahrung ganz gut auch im heutigen dienstlichen Betriebe der Menschen durchführen, der sie zu einem Durcharbeiten zwingt. Mit Obst und bereits abgeteilten belegten Brötchen usw., geht es vorzüglich. Man muß nur den guten Willen besitzen. Sogar die flüssige Kost läßt sich im Bürodienst durchführen, wenn man eine Thermosflasche mitführt.

Es ist wichtig, ungewohnte Nahrungsmittel, auch solche, die nach früherer Erfahrung Beschwerden machten und solche, die erfahrungsgemäß den Stuhl verzögern, Reis, Kakao, dem Kranken immer wieder, allerdings anfangs nur in kleinsten Mengen, teelöffelweise, oder zu einer anderen Zeit, also unter anderen Oberflächenverhältnissen im Darm und damit anderen Verdauungsverhältnissen, zu geben. Am besten gibt man solche Dinge für sich allein, aber nur eine Sache zu einer Zeit, um festzustellen, ob, wie es oft der Fall ist, die Verbindung mit anderen die Störung bedingt.

Diese Umstellung in der Reihenfolge der aufgenommenen Nahrung ist recht wichtig. Wenn der Stuhlgang nur bei Innehaltung einer bestimmten Kostform erfolgt, hat man nicht mehr erreicht, als wenn man ein Abführmittel gibt. Die gleichförmige Diät zeigt dem Kranken, daß er krank ist. Er will gesund sein, das essen können, was ihm schmeckt und was anderen auch bekommt, wenn auch zunächst in kleinen Mengen. Sonst fühlt er sich auch bei täglichem Stuhlgang nicht gesund. Er bleibt ein Sklave seines Darmes. Das Ziel ist, den Kranken dahin zu bringen, daß er jede Nahrung verträgt und sogar unter erschwerten Umständen, grob ausgedrückt, trotz Opium, täglich regelmäßigen Stuhlgang hat. Erst dann kann er als genesen bezeichnet werden. Ein bisher chronisch Stuhlverstopfter muß bei Reis, mehrfach am Tage, unbehinderten Stuhlgang liefern.

Es macht manche Mühe, alle diese Einzelheiten des Diätweges mit dem Kranken zu gehen. Es ist in der Praxis weit einfacher, als es sich auf dem Papier liest. Es nimmt auch nicht besondere Zeit weg, wenn der Arzt es dem Kranken verständlich macht. Die Hauptpunkte diktiert der Arzt dem Kranken, damit sie nicht vergessen werden, etwa in der Form: Nichts Festes oben hinein tun, ehe nicht was Festes unten herauskommt. Kleine Mengen, öftere Mahlzeiten, alle zwei Stunden. Zunächst setzt man den Kranken auf eine Obstsuppenkost, bestellt ihn nach zwei Tagen wieder und erörtert dann das Weitere.

Die hier beschriebene Behandlungsart ist grundverschieden von der üblichen. Sie enthält keine „erlaubten“ und keine „besonders verbotenen“ Speisen. Sie will auch nicht darauf hinaus, den Darmkanal mit einer Ballastnahrung oder mit Gleitmitteln zu füllen, um durch Zufügen eines neuen Reizes den trägen Darm zu noch weiterer Anstrengung zu zwingen. Sie will das gerade Gegenteil. Einschränkung der Nahrung, neue Zufuhr erst dann, wenn die gegebene Aufgabe vom Darm mit Erfolg gelöst ist. Ausnutzung der Oberfläche der Nahrungsmittel, Änderung und Ausnutzung der Oberfläche des Mittels. Zurückbringen etwa gedehnter Abschnitte durch kleine Mahlzeiten. Übung der Muskulatur und Sekretion der Verdauungssäfte durch Wiederholung kleiner Aufgaben, die einfach zusammengesetzt sind, so daß der beobachtende Arzt aus den wenigen Bestandteilen sich ein Bild machen kann, wo der Versager sitzt. Die üblichen Probemahlzeiten sind nach denselben Bedingungen zusammengesetzt: kleine bekannte Mengen.

Mit dem Einsetzen eines regelmäßigen Stuhlganges ist die Aufgabe für den Arzt jedoch nicht gelöst, ebensowenig wie für den Patient. Die Hauptaufgabe besteht nunmehr darin, alle die Dinge und in mannigfaltiger Zusammensetzung

und Reihenfolge oder zu anderen Zeiten durchzuprobieren, die erfahrungsgemäß den Stuhlgang behindern. Erst wenn dieses Ziel erreicht ist, kann die Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden. Der Kranke muß alles ohne Beschwerden vertragen. Die Behandlung ist also ihrem Wesen nach durchaus kausal. Sie übt den trägen Darm durch langsam gesteigerte Anforderungen.

Mit diesen Kostvorschriften geht eine zweckmäßige Massage und Behandlung mit Anwendungen, die den Darm vermehrt durchbluten, Hand in Hand. Der Leib wird durchknetet, gewalkt. Man beachtet dabei diejenigen Teile, in denen feste Kotballen sitzen oder die mit Gas stärker gefüllt sind. Empfindliche Stellen umgeht man zunächst, nimmt sie besonders vor. Zweckmäßig ist es, dem Kranken beizubringen, daß er sich den Leib mehrfach am Tage selbst beklopft. Mit loser Faust und lockerem Handgelenk trommelt er den Leib ab. Anfangend am Rippenbogen, mit beiden Händen, von der Mitte ausgehend und wieder dahin zurückkehrend, bis zur Blasengegend. Diese lose Erschütterung erfolgt unter tiefem Ausatmen mit gleichzeitigem leichten Vorbeugen des Rumpfes. Beim Rückbiegen geschieht die Einatmung. Wesentlich ist die vorangehende Ausatmung mit Zusammenbiegen des Leibes, die Verengerung des Raumes. Die Einatmung braucht nicht geübt zu werden[1]), sie geschieht von selbst.

Der Arzt übe diese Maßnahmen an sich selbst. Dann ist er in der Lage, sie dem Kranken vorzumachen und er hat die Wirkung am eigenen Leibe verspürt. Er weiß nun, daß kein Schaden, sondern ein wohltuendes Gefühl der Wärme im Leibe damit erzielt wird. Einer besonderen Massagetechnik[2]) bedarf es nicht. Man mache sich doch einmal klar, daß man mit jeder Massage nur auf die Haut einwirkt und recht wenig auf die darunter liegenden Organe. Es ist ziemlich gleich, ob man in der Richtung der einzelnen Darmteile einwirkt oder gegen die Peristaltik. Das letztere kann sogar oft vorteilhaft sein. Es gibt keine besondere „Darmmassage", und natürlich erst recht keine „Herzmassage", das Herz liegt innen, im Brustkorb. Es kommt lediglich darauf an, daß man einen Reiz auf die Haut ausübt. Wie der Reflex weiter geleitet wird, darauf hat der Arzt mit seinem besonderen „Griff" keinen Einfluß. Das bestimmt der Körper. Daß mittelbar auch die Atmung mit jeder Einwirkung auf die Körperoberfläche berührt wird, ist dem, der einmal die Erfahrung an sich selbst gemacht hat, klar.

Einfache Freiübungen, welche den Leibesraum abwechselnd verkleinern und damit auf die Därme einen Druck ausüben, sind dem Kranken zu lehren. Aufrichten aus dem Liegen mit Ausatmen. Hände dabei hinter dem Kopf verschränkt. Rumpfbeugen und drehen mit Ausatmen, Kniebeuge, Beinschwingen mit Ausatmen, ruckweises rasches Anziehen der im Knie gebeugten Beine an den Leib, ebenfalls mit Ausatmen u. dgl. Es werden gerade die Ausatmungen besonders betont, weil sie mangels einer besonderen Muskulatur dafür ausfallen und weil man mit der Atmung in der Lage ist, eine erhebliche Blutverschiebung im Brust- und Leibesgebiet zu erreichen. Das ist bei den begleitenden Störungen der Blutverteilung in entfernterem Gebiete wesentlich. Selbstverständlich sind diese Übungen nicht alle zusammen hintereinander vorzunehmen. Es ist notwendig und wichtiger, daß der Patient öfters am Tage einzelne Übungen vornimmt, als daß er, froh, das Pensum erledigt zu haben, sie alle hintereinander abhaspelt. Also auch hier „kleine Mengen und öfters wiederholt", wie bei den Diätvorschriften.

Unter Umständen ist es wichtig dem Kranken kleine Kniffe beizubringen, wie er im Beruf, ohne daß es den Nebenmenschen auffällt, sich helfen kann. Aufrichten und gerade sitzen, dabei einige Male mit Vornüberbeugen tief ausatmen, abwechselnd im Stehen schreiben, kleine Gänge, die im Betrieb nötig sind, zu gleichzeitigem tiefen Atmen ausnutzen, beim Treppensteigen, besonders aufwärts, die Knie an den Leib anziehen. Der Erfindungsgabe auch des Patienten ist hier ein reiches Feld geboten. Die Gebetsübungen orientalischer Völker, besonders der Bauchtanz, sind prachtvolle Übungen. Hat der Patient erst erfaßt, worauf es ankommt, so führt er das alles willig aus.

Lageänderungen, zumal Umlagerung auf den Bauch[3]) sind gleichfalls von Nutzen. Die Därme müssen der neuen Schwerpunktrichtung gemäß allmählich sich umlagern, die Leber nimmt eine Kantenstellung ein. Die Gefäße im Gekröse werden vom Druck der sonst auf ihnen lastenden gefüllten Darmschlingen zeitweilig frei. Die an der Wirbelsäule verlaufende Aorta und besonders die Hohlvene, ebenso die Nierengefäße, werden vom Druck der Eingeweide entlastet. Der Rücklauf des Blutes in den Venen erfolgt ungehindert. Daß Hämorrhoiden und die inneren Geschlechtsorgane bei der geänderten Stellung und dem Zurücksinken der Därme aus dem großen Becken entlastet werden, braucht nicht besonders betont zu werden. Der Lagewechsel ist dabei das Wesentliche, nicht das Beharren in einer Stellung. Daß man in Bauchlage leicht einschläft, tief schläft und nachher sich ausgeruht fühlt, als ob man stundenlang geschlafen hat, ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Kinder schlafen bekanntlich oft in Bauchlage und spielen so gern. Zur Hebung der venösen Stauungen und Förderung einer vermehrten arteriellen Durchblutung sind heiße Umschläge auf den Leib, zur längeren

[1]) Hauffe, Atemübungen mit dem Kranken. Ther. Gegenw. 7 (1925).

[2]) Hauffe, Die Massage, was sie ist und leistet. Ther. Gegenw. 8 (1925).

[3]) Bauchlagerung bei Zirkulationsstörungen usw. Zbl. inn. Med. 43 (1919). Technik dort und unter 1. beschrieben.

Warmhaltung als Gummiflasche mit heißem Wasser oder Breipackung angebracht, trocken, oder darunter ein nasses heißes Tuch, zwecks besserer Leitung der Wärme. Diese Packungen werden am besten nachts gemacht. Wo die Einrichtungen vorhanden sind, läßt man langsam in der Temperatur ansteigende heiße Sitzbäder brauchen. Die im Höhlengebiet angesammelte Blutmenge wird nach den Außenbezirken abgesaugt. Dabei wird der Darm selbst, wie alle Organe in den Höhlen, gleichsinnig wie die Haut vermehrt durchströmt[4]). Die Umschläge wirken im selben Sinne wie das Bad, zeitlich allerdings weniger stark, das wird jedoch durch die längere Dauer der Anwendung ausgeglichen.

Bei Ausführung der Verordnung, die Nahrung in kleinen Mengen zu sich zu nehmen, macht der Kranke oft die ihm merkwürdig scheinende Erfahrung, daß er allmählich an Gewicht zunimmt. Das ist begreiflich, denn die Verteilung auf die Oberfläche des Darmkanals bewirkt eine gute Ausnutzung. Man kann auf diese Weise schwächlichere Kranke, ohne daß sie Beschwerden bekommen, auffüttern, zumal dann, wenn man die Kostform so ausnutzt, daß man passende Nahrung einführt. Ebenso kann man mit derselben Kostform aufgeschwemmte Menschen entfetten. Das ist kein Widerspruch. Man braucht dann nur die Verordnung zu treffen „Zum Essen nicht trinken, und zum Trinken nicht essen". Also trocken füttern, wie es der Landwirt ausdrückt. Wenn angängig, jede Sache einzeln geben, nicht mehrere Gänge zusammen. Hungergefühl tritt dabei kaum auf. Die öftere kleinere Mahlzeit verhindert die Empfindung. Man probiere einmal und man wird über den Erfolg erstaunt sein.

Es wird vielleicht einer einwenden, daß Obst abführt, wissen wir längst und verordnen deshalb auch Obstkost. Gewiß, das weiß jeder Laie. Darauf aber kommt es nicht an. Es soll nicht mit Einhaltung einer bestimmten Kostordnung ein Stuhlgang herbeigeführt werden, das ist kein Kunststück, das ist nicht mehr als die Verordnung eines Abführmittels. Es kommt darauf an, den trägen Darmkanal dazu zu bringen, daß er allen Wechselfällen gegenüber geordnet arbeitet. Er soll eingeübt, erzogen werden. Zunächst ist die Befreiung von unnötigem Ballast wichtig. Deshalb soll eine Zeit lang, aber nicht länger, eine flüssige Kost, am besten in Form der Obstsuppen verschiedener Art, angewendet werden. Das Wesentliche ist die Verteilung der eingeführten Speisen auf die Oberfläche des Darmkanals. Deshalb die kleinen öfteren Mengen. Man mache sich klar, daß ein Glas Wasser tagelang stehen kann, ohne daß eine merkliche Verdunstung sichtbar ist. Gießt man jedoch das Wasser auf den Boden, so ist es auf der großen Fläche in kurzer Zeit unsichtbar verdunstet. Genau so liegen die Verhältnisse im Darm, wenn man die Mengen verteilt. Ein hart gebochtes Ei besitzt eine andere Oberflächengröße als ein Rührei oder gar ein zu Schaum geschlagenes.

Wir können aus langjähriger Erfahrung heraus den oft überraschenden, sinnfälligen Nutzen der einfachen, hier zusammengefaßten Verordnungen anraten. Bei folgerichtiger Durchführung wird das Ziel immer erreicht. Es ist nieht schwierig die Anordnung in der Praxis durchzuführen. Man mache nur erst einmal den Anfang. Wesentlich ist, daß die Diätvorschrift dem Kranken „eingedrillt" wird. Man predige ihm die Vorschriften öfters. Aus reicher Erfahrung kann gesagt werden, es gibt kaum Kranke, die mit diesen einfachen Mitteln nicht einen regelmäßigen täglichen Stuhlgang erreichen. Was das heißt, wird der praktische Arzt zu würdigen wissen. Die Methodik stammt von Schweninger, der sie bewußt ausgearbeitet hat. In mehr als 25 jähriger Erfahrung ist sie von uns als bewährt gefunden worden. Das peinigende Leiden der chronischen Stuhlverstopfung kann behoben werden. Der Arzt hat dankbare Patienten.

4) Hauffe, Physiologische Grundlagen der Hydrotherapie. Fischers med. Buchhandlung, Berlin 1924. Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1926. Was muß der Arzt von der Hydrotherapie wissen. Z. ärztl. Fortbildg. 1926, Nr. 11 u. 12.

---

2. Diphtherieschutzimpfung.

Von

Dr. **Eugen Neter**, Kinderarzt in Mannheim.

Prof. Klotz empfiehlt die Einführung der obligatorischen Diphtherieschutzimpfung am Ende des ersten Lebensjahres unter Verzicht auf die Pockenimpfung in diesem frühen Alter und unter einer eventuellen Lockerung des Impfzwanges. Klotz erklärt: „Ich möchte nur diese Frage an die Ärzteschaft richten: Was ist für unser Volk heute von größerer Bedeutung, der Schutz unserer Säuglinge gegen die Pocken oder gegen die Diphtherie? — Der Zeitpunkt ist meines Erachtens gekommen, daß die deutsche Medizin zur Frage der Diphtherieschutzimpfung Stellung nehmen muß, wenn anders sie nicht rückständig sein soll." Prof. Czerny bezeichnet demgegenüber die vom Berliner Gesundheitsamt betriebene Propaganda für die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie als ein ungewöhnliches Verfahren, wie es noch nie dagewesen ist; diese Propaganda werde zu einer Zeit geführt, wo in der Wissenschaft noch nicht einmal über die Methodik Einhelligkeit besteht, und sei eine Zumutung an die Ärzteschaft.

Nicht selten sind in letzter Zeit die Fälle, wo der Arzt wegen einer Diphtherieschutzimpfung gefragt und vielfach auch gebeten wird, eine solche Impfung vorzunehmen. Eine Anzahl von Kollegen hat durch Propagandierung der Schutz-

impfung eine gewisse Unruhe in das Publikum hineingetragen. Vielleicht ist es deshalb zweckmäßig, über den derzeitigen Stand dieser Frage (und ein Problem ist es noch) in kurzer Darstellung zu referieren.

Die seit 1926 zunehmende Häufigkeit maligner Fälle von Diphtherie in Berlin hat die dortige Gesundheitsbehörde veranlaßt, Schutzimpfungen in größerem Umfang durchzuführen. Die absoluten Zahlen sämtlicher Diphtherieerkrankungen in Berlin sind:

1917 = 6600; Letalität = 8 Proz.
1924 = 1029 „ = 6 „
1927 = 5140 „ = 11 „
1928 = 5910 „ = 9 „

Zahlreiche Berichte liegen vor, die den malignen Charakter einer Anzahl von Fällen beschreiben. Wenn die Zahl dieser tödlichen Erkrankungen absolut genommen auch nicht sehr groß ist, so wirken diese Fälle doch erschütternd durch das Versagen jeglicher Therapie. Jeder Arzt kennt die Formen schwerer Diphtherie, gottlob nur als sporadisch auftretende Fälle. Die Serumbehandlung versagt; 100000 Einheiten und mehr wurden injiziert; manchmal gleichzeitig mit polyvalentem Streptokokkenserum. Alles erfolglos, auch bei Fällen, die bereits am ersten Krankheitstag in Behandlung kamen.

Die Berliner Gesundheitsbehörde empfiehlt in Hinsicht auf das Versagen der ätiologischen Prophylaxe (Absonderung, Bazillennachweis, passive Schutzimpfung, Desinfektion) die allgemein durchgeführte Schutzimpfung. Das Wesen dieser aktiven Impfung besteht in der Bildung von Diphtherieantitoxinen im Organismus des gesunden Impflings, im Gegensatz zu der bisherigen passiven Schutzimpfung, bei der die Antitoxine dem zu schützenden Körper injiziert werden, aber nur einen kurz dauernden Schutz verleihen. Zur Erreichung dieses Zieles werden (nach Behrings Vorschlag) Mischungen von Toxin und Antitoxin eingespritzt. Im Körper gibt das Toxin Anlaß zur Bildung von Antikörpern. — Eine gewisse Mindestmenge von Antikörpern (durch die Schick-Reaktion nachweisbar) ist nach Behring gleichbedeutend mit klinischem Diphtherieschutz, eine These, die durch epidemiologische Erfahrungen noch nicht hinreichend gestützt zu sein scheint.

Der Impfschutz beginnt 8—14 Tage nach der Impfung und erreicht seine volle Ausbildung nach einigen Monaten. Die Gefahr anaphylaktischer Erscheinungen wird vom Berliner Gesundheitsamt als sehr gering bezeichnet; auch sonst sei die aktive Schutzimpfung für den Impfling ungefährlich (preußischer Landesgesundheitsrat).

Die Frage, wie lange der Impfschutz währt, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, da diesbezügliche Erfahrungen noch fehlen. Man schätzt die Schutzdauer auf ungefähr 7 Jahre.

Wir sind in der Beurteilung der Schutzimpfung hauptsächlich auf die amerikanischen Beobachtungen angewiesen. In Amerika hat man die, 1913 von Behring entdeckte (aktive) Toxin-Antitoxin-Schutzimpfung in den letzten 10 Jahren bei Millionen von Kindern durchgeführt. Nach diesen amerikanischen Mitteilungen sei die Schutzimpfung ungefährlich, was auch von den deutschen Beobachtungen bestätigt wird. — Welches sind die Erfolge der Impfung?

Die amerikanischen Statistiken haben nicht viel Überzeugendes, selbst wenn Hudson erklärt: „Eine staatliche Behörde, die nicht mit T. A. immunisiert, lebt im finstern Mittelalter.“ Auch die Ergebnisse der aktiven Schutzimpfung in Berlin halten einer ernsten Kritik nicht stand. Prof. Seligmann vom Hauptgesundheitsamt Berlin gibt in seiner Mitteilung über ungefähr 100000, in Berlin durchgeführte (freiwillige) Schutzimpfungen folgende Zusammenfassung: „Wir dürfen somit aus den Ergebnissen dieses ersten Jahres folgern, daß die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie auch bei uns günstige Erfolge verspricht. Notwendig ist eine mindestens zweimalige, besser noch dreimalige Impfung. Empfehlenswert dürfte es ferner sein, das Zeitintervall zwischen den einzelnen Injektionen auf etwa 2—3 Wochen zu verlängern. Die aktive Schutzimpfung im weitesten Umfange anzuwenden, scheint mir ärztliche Pflicht.“

Gleichgültig, welcher Auffassung man in seinem Urteil über die Berliner Ergebnisse zuneigt, ob man die optimistische Darstellung annimmt oder mit berechtigter Vorsicht weitere, vor allem zeitlich umfangreichere Erfahrungen noch für notwendig hält — die einzig wichtige Frage, die es zu beantworten gibt, ist: Bietet die Impfung auch einen Schutz gegen die malignen Fälle (denn es handelt sich im wesentlichen nur um einen Schutz gegen diese Form der Diphtherie)?

Prof. Seligmann antwortet auf diese Frage: „Schwere und Letalität der Diphtherie werden durch die vorausgegangene Impfung nicht wesentlich verändert.“ Einer der letzten Berichte (vom Oktober 1928) stammt aus dem großen Waisenhaus Berlin-Rummelsburg und stellt fest, daß unter den eingelieferten Fällen „schwerer Diphtherie Kinder waren, die nachweislich mehrere Monate vorher mit T.A.F. schutzgeimpft waren“ (Arch. Kinderheilk. Bd. 86). Friedemann berichtete auf dem Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden April 1929 über 25 schutzgeimpfte Kinder, die an Diphtherie erkrankten, davon 12 an schwerer Diphtherie; 4 kamen ad exitum. Finkelstein (1929) hatte unter 525 Diphtheriekranken 6 Proz., die zweimal geimpft worden waren, mit 7 Todesfällen. Es will scheinen, als ob eine gewisse Reserve am Platze ist bei der Beurteilung der Schutzimpfung schweren Epidemien gegenüber. Die neueren Mitteilungen, die aus Amerika kommen, zwingen zu einem abwartenden Urteil. Bundesen (zit. nach Deicher, Beih. Med. Klin. 1928/7) führt den starken Rückgang der Diphtheriemorbidität in Amerika während der Jahre 1910 bis 1925 nicht auf die aktive Immunisierung zurück,

sondern deutet sie als eine spontane Änderung des Genius epidemicus. Seit 1926 steigt in den Vereinigten Staaten die Erkrankungsziffer an Diphtherie wieder an, trotzdem die Schutzimpfung außerordentlich verbreitet ist. Auch die Diphtheriemortalität ist gestiegen; und zwar schon seit 1924 (als die Morbiditätsziffer noch im Fallen war): unter den Gestorbenen befanden sich auch geimpfte Kinder.

Welchen Standpunkt soll man nun in der Praxis einnehmen? Ob sich der Arzt in den Einzelfällen seiner Praxis zur Schutzimpfung entschließt, wird von den jeweiligen Bedingungen des Falles abhängen und von der persönlichen Mentalität (der Einstellung zu solchen „unschädlichen“ [1]), noch nicht hinreichend geprüften Methoden). Die allgemeine Durchführung der Schutzimpfung bedeutet eine Summe grundsätzlicher Schwierigkeiten, die nur übernommen werden können, wenn die wissenschaftlichen und praktischen Voraussetzungen erfüllt sind. Und dies ist zurzeit noch nicht der Fall.

[1] Die Entschließung des Preußischen Landesgesundheitsrates (1927) hatte zuerst die Fassung: „Die Impfung ist bei Verwendung staatlich geprüfter Impfstoffe und bei sachgemäßer Ausführung unschädlich und ungefährlich.“ Das Wort „unschädlich“ wurde bei der endgültigen Formulierung gestrichen.

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Ist der Subokzipitalstich der Lumbalpunktion vorzuziehen, wie wird er gemacht?

Von

E. Bratz, Direktor der Wittenauer Heilstätten.

Warum ich die von der Redaktion gestellte Frage gern beantworte? Warum ich die Darstellung nicht meinen jüngeren, praktisch geübteren Mitarbeitern überlasse? Es handelt sich hier gar nicht um eine Frage der Technik, sondern um bedeutsame wissenschaftliche Belange der praktischen Ärzte und um einen wichtigen Fortschritt in der Erhaltung der Volksgesundheit.

Wir können jetzt durch die Untersuchung des Liquors cerebrospinalis bei zahlreichen Syphilitikern das Hereinbrechen der progressiven Paralyse rechtzeitig diagnostizieren und die Kranken retten, wir können aber auch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems durch die Liquoruntersuchung die Differentialdiagnose erleichtern. Der Kassenpatient, auch der Angehörige des Mittelstandes wird sich aber zur Fahrt in die nächste Großstadt für diagnostische Zwecke oft nicht entschließen. Der praktische Arzt sollte daher den Liquor entnehmen können, um ihn zur nächsten Untersuchungsstelle zu schicken. Jeder Praktiker kann Lumbalpunktion oder Okzipitalstich oder beides gelegentlich eines Fortbildungskursus erlernen, und zwar wenn er täglich die Liquorentnahme übt, in 2—4 Wochen, je nach der technischen Begabung.

Und nun die Frage, ob Lumbalpunktion oder Subokzipitalstich für den praktischen Arzt vorzuziehen ist. Das feinere Für und Wider für die Anwendung im Krankenhause lasse ich beiseite, der Praktiker muß bei der Liquorentnahme besonders auf die Erscheinungen des Meningismus Rücksicht nehmen, die als Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Erbrechen auftreten können, und die wohl durch die Druckschwankungen nach der Flüssigkeitsentnahme entstehen. Zu ihrer Verhütung muß nach der Lumbalpunktion der Kranke einige Stunden liegen, was die ganze Angelegenheit für Arzt und Patienten erschwert.

Nach dem Subokzipitalstich pflegen sich Erscheinungen von meningitischer Art selten einzustellen. Technisch ist er ohne Mühe ausführbar. Man kommt seltener als bei der Lumbalpunktion in eine Vene und kriegt demnach kaum jemals Blut mit dem Liquor in die Kanüle. Natürlich erfordert die Einstichgegend zwischen Hinterhaupt und dem ersten Halswirbel doppelte Vorsicht.

Ergebnis dieser Darstellung: Ein jeder Praktiker gehe hin und erlerne die Liquorentnahme, er wende diejenige Methode an — sei es Subokzipitalstich, sei es Lumbalpunktion — die er am besten versteht. Die Kassen seien nicht mehr so kurzsichtig, eine solche wichtige diagnostische Operation nicht entsprechend ihrem Werte zu bezahlen. Sie können viele anderweitige Kosten dadurch ersparen.

Die Wirksamkeit des praktischen Arztes wird damit wieder einen bedeutsamen Posten gewinnen; mancher Kranke, der jetzt seine Gesundheit und Leben durch Unterlassung rechtzeitiger Diagnosenstellung verliert, wird gerettet werden.

2. Was hat man von Adlers Individualpsychologie zu halten?

Wir dürfen diese Frage vielleicht mit einem Schreiben beantworten, das uns zufälligerweise in diesen Tagen zugegangen ist, in dem eine Lehrerin ihre Gedanken über Adlers Technik der Individualpsychologie zum Ausdruck bringt:

„Die Hauptsache, die sich mir bei der Lektüre des Buches aufdrängt, ist die, ob Biographien eines an sich minderwertigen Menschenwesens maßgebend und geeignet sein können, Schlüsse zu ziehen, die für die Allgemeinheit Geltung haben. Es handelt sich doch hier um ein Mädchen,

in dessen Erziehung keinerlei ethisches Moment eine Rolle spielt, das, abgesehen davon, in besonders hohem Maße unerfreuliche Eigenschaften in sich vereint. In seiner ganzen Sphäre fehlt jede ethische und kulturelle Bindung. Es stellt somit nicht einmal den Typus eines „Mädchens aus dem Volke" dar, sondern es zeigt — unabhängig von seinen offenbaren nervösen Störungen, die es auf Irrwege führen — rein charakterlich einen durchaus minderwertigen Typus. Wie kann ein solcher, doch glücklicherweise nicht allzu häufig vorkommender Typus den Gegenstand für die „Technik der Individualpsychologie" abgeben?

Es fehlt mir in der Beleuchtung dieses Charakterbildes durch den Verfasser die Einstellung von einer höheren Warte aus. So sehr auch eine rein ärztliche Betrachtung seelischer und körperlicher Vorgänge von seinem Standpunkt aus zu verstehen ist, so müßte doch an irgendeiner Stelle durchzufühlen sein, daß neben dem menschlichen Verstehen das erziehliche Moment im Leben eines werdenden Menschen nicht außer acht gelassen werden kann und darf. Es ist meine Überzeugung, daß der Arzt etwas vom Erzieher und der Erzieher etwas vom Arzt haben muß. Der Verfasser vertieft sich aber in dieses höchst seltsame und abstoßende sogenannte „Seelenleben", ohne daß er seinen Standpunkt als ethisch empfindender Mensch genug, oder zum mindesten würdig genug, betont.

Seine Art der Beleuchtung ist mir daher rein unwillkürlich zum größten Teil entgegen. Vom pädagogischen Standpunkt aus sind mir aber seine Urteile erst recht völlig unverständlich. Außerdem ist auch seine Ausdrucksweise, abgesehen von den dem Laien unverständlichen Fachausdrücken, oft unklar und stellenweise, wie mir scheinen will, nicht streng logisch.

Eine zweite Frage, die das Buch in mir auslöst, ist die, „Warum bei der Ergründung eines Seelenlebens und -leidens die Sexualität in so hohem Maße, hier fast ausschließlich, als aufschlußgebend in den Vordergrund geschoben wird. So sehr ich davon überzeugt bin, daß dieses Moment eine sehr bedeutende Rolle in jedem Menschenleben spielt, so bezweifle ich doch, ob sie die einzige Rolle spielt. Wir sind doch nicht nur Leib, sondern auch Seele, und der Boden, dem die Seele entwächst, dürfte doch die natürlichen Triebe beeinflussen, ihnen die Richtung geben, sie gegebenenfalls zügeln und veredeln." A. v. R.

---

3. Welche Chemikalien muß sich der Praktiker für seine chemischen Untersuchungen bereithalten, wie lange sind diese haltbar?

Von

Prof. Dr. **Wohlgemuth** in Charlottenburg.

Für die Proben auf

Eiweiß	20 proz. Lösung von Acid. sulfosalicylic., Eßbachs Reagens
Zucker	Nylanders Reagens
Azeton (Legal mod.)	Natr. nitroprussid, 10proz. Ammoniak, Eisessig
Azeton (Lieben)	Lugolsche Lösung, 10proz. Natronlauge
Azetessigsäure	10proz. Eisenchloridlösung
Diazo	0,5proz. Natr. nitros. Lösung; 0,5proz. Lösung von Sulfanilsäure in 5proz. Salzsäure
Bilirubin (Gmelin)	ca. 90proz. Salpetersäure, 1proz. Natr. nitros.-Lösung
Bilirubin (Rosin)	offizin. Jodtinktur, 10fach verdünnt
Urobilin	alkohol. 10proz. Zinkazetatlösung
Urobilinogen	Ehrlichsches Aldehydreagens (2proz. Dimethylparamidobenzaldehyd in 20proz. Salzsäure)
Indikan	Obermeyers Reagens (5proz. Eisenchlorid in rauchend. Salzsäure), Chloroform
Jod	10proz. Schwefelsäure, 1proz. Natr. nitros., Chloroform
Salizylsäure	10proz. Eisenchloridlösung
Freie Salzsäure im Mageninhalt	Günzburgs Reagens (Phloroglucin 4,0 ad 30,0 Alkohol; Vanillin 2,0 ad 30,0 Alkohol)
Milchsäure	Liquor ferri sesquichlorati, Äther
Okkultes Blut im Stuhl	Azeton, Eisessig, Äther, Guajakharz, Alkohol, Wasserstoffsuperoxyd

Sämtliche hier aufgeführten Chemikalien sind bis auf Wasserstoffsuperoxyd unbegrenzt haltbar.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Kinderheilkunde.

Dosierung von Vigantol.

Der therapeutische Wert der Ergosterinpräparate wird durch diese Befunde nicht berührt. Wohl aber die Frage der Dosierung. Nach den Untersuchungen von Catel (Mschr. Kinderheilk. Bd. 45 S. 98—101) genügt zur Behandlung der Rachitis anstatt der bisher üblichen Menge von 2—4 mg Vigantol 0,5 mg pro die (= 6—8 Tropfen des jetzt im Verkehr befindlichen standardisierten Vigantolöls pro die). Mit diesen Mengen wurde

klinisch, röntgenologisch und blutchemisch ein sicherer therapeutischer Effekt erzielt.

Vigantolschäden.

Seit es Windaus gelungen ist, in dem bestrahlten Ergosterin (Vitamin D) ein hochwirksames Antirachitikum darzustellen, wurde von diesem Mittel in Gestalt der verschiedenen Handelspräparate (Vigantol, Radiostol u. a.) ein weitgehender vielleicht allzu weitgehender Gebrauch gemacht. Die Ergosterinpräparate wurden vielfach ohne zeitliche Begrenzung verordnet, die Dosierung wurde zu hoch gewählt, und (der folgenschwerste Fehler) die Präparate wurden ohne ärztliche Verordnung abgegeben, da ein Rezepturzwang nicht besteht. Kein Wunder, daß bei einem so hoch differenten Mittel bald eine Reaktion eintrat. Sie ging aus von gewissen schädlichen Nebenwirkungen, die man zunächst im Tierversuch, dann aber auch bei Menschen beobachten konnte. Während man ursprünglich geneigt war, diese „Vigantolschäden" auf irgendeine Beimengung des Präparates zurückzuführen, ist man heute zu der Anschauung gekommen, daß es sich um Schädigungen durch Überdosierung handelt. Die Gefahr einer Überdosierung ist naturgemäß bei einem so differenten, in kleinsten Mengen wirkenden Präparat wie dem Vigantol eine weit größere als etwa bei dem das Vitamin D nur in relativ geringen Mengen enthaltenen Lebertran, bei dessen Verwendung in großen Dosen man allerdings auch gelegentlich gleichartige Schäden gesehen hat. In Übereinstimmung mit anderen Autoren berichtet Wiener aus der Breslauer Universitäts-Kinderklinik über „drei Fälle von Vigantolschädigung", charakterisiert durch schwere Allgemeinerscheinungen (Appetitlosigkeit, Blässe, Erbrechen, Gewichtsverlust) auf der einen Seite und die Zeichen einer hämorrhagischen Nephritis auf der anderen Seite (Mschr. Kinderheilk. Bd. 45 S. 53—61). Eins von diesen Kindern wies dazu eine röntgenologisch sicher nachweisbare übermäßige Knochenverkalkung erheblichen Grades auf. In allen drei Fällen waren zu große Dosen von Vigantol verabfolgt worden, bei einem Kind — ohne Wissen des behandelnden Arztes — täglich ein halber Teelöffel.

Im Tierexperiment konnte man bei der Vigantolvergiftung einen sehr konstanten Befund erheben: Ausgedehnte Kalkablagerungen in den verschiedensten Organen, namentlich in der Niere, aber auch in den Gefäßen, in Herz, Magenschleimhaut und Lunge. Die Verkalkungen erfolgen im gesunden Gewebe. Neuerdings konnte der pathologisch-anatomische Befund einer „Vigantolschädigung der Niere" auch bei einem Kinde festgestellt werden (Putschar: Jb. Kinderheilk. Bd. 48 S. 269—281). Es handelte sich um einen $5\frac{1}{2}$ Monate alten nicht rachitischen Säugling, der 96 Tage lang 6 Tropfen Vigantol pro die bekommen hatte und an Atrophie zugrunde ging. Die anatomische Untersuchung der Nieren ergab schwere Verkalkungen der Kanälchen und des Zwischengewebes. Die größten Verkalkungsherde fanden sich an der Rindenmarkgrenze. Im übrigen zeigten die Nieren, abgesehen von hyalinen Zylindern, einigen hyalinen Glomeruli und ganz vereinzelten kleinen Lymphozyteninfiltraten in den periphersten Rindenteilen, keine pathologischen Veränderungen. Nach Ausschluß aller anderen Möglichkeiten und wegen der Übereinstimmung der Befunde mit den tierexperimentellen Ergebnissen faßt der Autor die beschriebenen Veränderungen als Vigantolschädigung der Niere auf. Finkelstein (Berlin).

---

2. Ohrenheilkunde.

Behandlung des klimakterischen Ohrensausens.

Das gefährliche Alter der Frau ist nicht erst seit Karin Michaelis Gegenstand tiefsinniger Betrachtungen geworden; der Arzt — gerade der Arzt — hat sich schon lange vor der nordischen Schriftstellerin mit dem Problem des Klimakteriums befaßt und den bunten, vielgestaltigen und launischen Symptomenkomplex dieser kritischen Epoche zum Gegenstand seiner Studien und Bemühungen — auch in therapeutischer Hinsicht — gemacht. Ganz besonders allerdings in jüngster Zeit unter dem Einfluß der endokrinen Forschung. Man hat sich in diesem Zusammenhang auch mit dem Ohrensausen beschäftigt, an dem viele Menschen — in überwiegender Mehrzahl Frauen — zur Zeit des Klimakteriums leiden. Aus der Ohrenabteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien liegt eine Arbeit von E. Friedländer und J. Sommer „Zur Behandlung des klimakterischen Ohrensausens" (Mschr. Ohrenheilk. Okt. 1929 Jg. 63 H. 4) vor, die schon deshalb bemerkenswert ist, weil hier wieder einmal die ätiologische Bedeutung der Wechseljahre bewiesen und dem Praktiker zum mindesten ein Weg angedeutet wird, wie dem — oft so schwer angreifbaren — Ohrensausen beizukommen ist. Das von den Wiener Ärzten registrierte Material betraf zumeist Frauen über 45 Jahre; sie klagten über Schwindel, Sausen im Kopf und heftige subjektive Geräusche im Ohr, betonten aber ausdrücklich, daß sie das Sausen „im Kopfe" fühlten. Sie sprachen stets nur von „Sausen", vermutlich weil sie ihre Empfindung nicht besser zu schildern wußten. Sie litten meist an erhöhtem Blutdruck und anderen Zeichen eines gestörten Gefäßnervensystems und fühlten sich nach den üblichen Behandlungsmethoden nicht nur nicht gebessert, sondern mehrfach schlechter. Unter Verzicht auf jede örtliche Therapie beschränkte man sich auf Darreichung von Polyhormontabletten, 3 mal täglich 1 Tablette nach dem Essen und zwar je nachdem masc. oder femin. „Sanabo", außerdem gleichzeitig je 1 Tablette „Klimasan". Führte das nicht zum Ziele, so mußten die Patienten jeden zweiten Tag ein Halbbad nehmen, d. h. das Wasser eines Vollbades von 27^0 R wird — während der Patient darinnen

sitzt — auf 24⁰ abgekühlt. Dauer des Bades 10 Minuten; nachher Frottage, noch besser leichte Massage. An den badefreien Tagen vor dem Schlafengehen eine Ganzpackung: auf zwei große Wolldecken wird ein trocknes und darüber ein feuchtes Leintuch gebreitet. Der Patient legt sich darauf und wird rasch in das feuchte Tuch geschlagen (jedes Bein besonders); sodann werden die anderen Lagen rasch zusammengeschlagen. Nach einstündiger Packung wird der Patient abgetrocknet und geht schlafen. Schlaflose Patienten erhalten vor dem Zubettgehen einen Eßlöffel voll von einer Lösung von 10 Proz. Bromnatr., 1,5 Proz. Natr. diäthylbarbitur. und 0,15 Proz. Codein. mur., am besten in etwas gesüßtem Baldriantee. Die Besserung soll bereits nach 2 bis 3 Tagen einsetzen; sie macht sich innerhalb gewisser Grenzen auch bei solchen Patienten bemerkbar, bei denen das Gehör bereits beeinträchtigt ist.

Brojosan bei Otosklerose.

Bereits in dem voraufgegangenen Referat ist auf die Schwierigkeit hingewiesen worden, die als ungemein lästig, oft als geradezu quälend empfundenen subjektiven Ohrgeräusche zu mildern oder ganz zu beseitigen. Deshalb verdient jedes Mittel, das von sachverständiger Seite dagegen empfohlen wird, zum mindesten eine Nachprüfung — besonders wenn dieses Mittel frei von üblen Nebenwirkungen ist. Von diesem Gesichtspunkt aus seien die Versuche erwähnt, die C. L. Noack in der Ohren-, Nasen- und Halsabteilung der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin mit Brojosan, einer Jod-Brom-Eiweißverbindung, zwei Jahre lang angestellt hat. Es handelte sich, wie der Autor in der Münch. med. Wschr. (1929 Nr. 14) berichtet, um Erkrankungen des Mittel- und Innenohres, insbesondere um Otitis interna (Presbyakusis) und Otosklerose mit starken Ohrgeräuschen. Man gab 3 mal täglich 2 Dragees — bei gleichzeitiger kochsalzarmer Diät. Die Erfolge zeigten sich allerdings erst nach längerer, etwa 5 bis 6 wöchiger Behandlung — wobei unangenehme Begleiterscheinungen (Bromismus, Bromakne) nicht beobachtet wurden.

Operationsstatistik bei Mastoiditis.

An einem großen Krankenmaterial beleuchtet E. Urbantschitsch die klinischen und epidemiologischen Verhältnisse bei der akuten Mastoiditis, der wichtigsten Komplikation im Verlauf der akuten Mittelohrentzündung. Der Bericht, der in der Mschr. Ohrenheilk. (Aug./Sept. 1929 Jg. 63 H. 8/9) erschienen ist, stützt sich auf einen Zeitraum von 15 Jahren, innerhalb dessen 637 einfache Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes an 533 Patienten ausgeführt wurden. Davon waren 273 männlich, 260 weiblich; es bestand also kein nennenswerter Unterschied bezüglich des Geschlechts — wohl aber bezüglich des Lebensalters. Das höchste Kontingent zu den Operierten stellten Kinder im ersten Jahrzehnt, und von ihnen waren immerhin 26 Proz. Kleinkinder. Der Grund hierfür ist darin zu sehen, daß die Infektionskrankheiten am häufigsten zur Mastoiditis führen, an erster Stelle der Scharlach, an zweiter die Masern, während Diphtherie nur selten eine Aufmeißelung nötig macht. Häufiger (8 mal) löste Typhus die Mastoiditis aus, noch häufiger die Grippe — nämlich in 14 Fällen. Wahrscheinlich ist die Letztere noch weitaus häufiger die Ursache der Komplikation, als bei der Unsicherheit der Diagnose angenommen wird. In rund 10 Proz. der Fälle fanden sich otogene Komplikationen, vorwiegend Sinusthrombosen, während von 31 Todesfällen im ganzen nur 16 — d. h. 3 Proz. — auf das Ohrenleiden selbst zurückzuführen waren. Die Hauptinfektionsmöglichkeit fiel — wie zu erwarten stand — in die Monate Januar bis April und in den Spätherbst.

Röntgenbestrahlung der Mittelohrentzündung.

In der Österreichischen otologischen Gesellschaft (Sitzung April 1929, zit. Mschr. Ohrenheilk. Jg. 63 H. 8/9) wurde über Röntgenbestrahlung bei der akuten Mittelohrentzündung debattiert. Nach den Erfahrungen von R. Goldmann bedeutet die Bestrahlung wegen ihrer angenehmen und kurzen Applikation einen wesentlichen, auch technischen Fortschritt. Für den röntgentherapeutisch Bewanderten sei die von Goldmann angewandte Technik hier angegeben: die Strahlenhärte lag etwa bei 15,0 kv, gefiltert durch Zk 0,3 bis 0,5 mm + 1 bis 2 mm Al.; Bestrahlungsdosis zwischen 10 und 20 Proz.; das Einfallsfeld umfaßt vor allem die pneumatischen Räume des Warzenfortsatzes und seiner Umgebung. Je frischer die Entzündung, desto wirksamer soll die Bestrahlung sein; sie wirkt bisweilen geradezu abortiv, steigert bei spontanem oder künstlichem Durchbruch den Ausfluß und damit die Entlastung und gibt — wiederum nach Goldmanns Beobachtungen — auch bei der torpiden Form der Otitis media günstige Resultate. Ist es zur Einschmelzung im Warzenfortsatz gekommen, dann versagt die Bestrahlung so gut wie immer; hier wie bei anderen Komplikationen kann nur die Operation in Betracht kommen. Ob und wieweit röntgentherapeutische Erfolge in der Ohrenheilkunde zu erzielen sind, wird wohl noch an einem größeren Material und bei sorgfältigster Indikationsstellung zu prüfen sein. Strahlenbiologisch am verständlichsten erscheinen — wie Borak in der Sitzungsdebatte betonte — die günstigen Erfolge in den frühesten Stadien der akuten Otitis, also in derjenigen Krankheitsphase, die man auch sonst noch konservativ zu behandeln pflegt. Eine Schädigung der Funktion hat man nach Goldmann niemals zu befürchten. A. Bruck (Berlin).

Die Behandlung von Kopfschmerzen nasalen Ursprungs

setzt eine genaue Diagnose voraus (M. Bouchet und M. Vial, Sur les céphalées d'origine nasale.

Progrès méd. 1929 Nr. 5 S. 189. Trotz genauer Untersuchung stößt die Feststellung des Ursprungsortes manchmal auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Die logischste Operation besteht unter diesen Umständen in der Abtragung der Spitze der mittleren Muschel mit einer Heilungsziffer von 70 Proz. Erst wenn sie zu keiner Besserung führt ist es logisch, einen zweiten Eingriff in Aussicht zu nehmen, der meistens am Siebbein oder an den Nebenhöhlen angreifen wird. Die zweite Operation wird durch die vorgängige Abtragung der mittleren Muschel erleichtert. Durch die Veränderung des Symptomenbildes, welche nach ihr eintritt, trägt diese auch zu einer näheren Präzisierung der Diagnose bei, wie an einigen Fällen nachgewiesen wird. Fuld (Berlin).

---

3. Harnleiden.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie

empfiehlt Felber (Med. Klin. 1929 Nr. 35) den Dauerkatheter zu verbinden mit der Anwendung von Wärme. Der Dauerkatheter muß völlig aseptisch gehalten werden. Die Wärme wird rektal zugeführt durch Diathermie und mit dem Artzbergerschen Apparat. Die Eiterung, die der Dauerkatheter hervorruft, wird durch die Wärmeeinwirkung noch gesteigert und setzt sich auf die Prostata fort. In einigen Fällen wurde danach eine Einschmelzung der Adenome beobachtet.

Hämaturie nach Cylotropineinspritzung

hat auch Gebele beobachtet (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 39).

Vor jeder Nierenoperation Röntgenbild!

Auch wenn die Diagnose bereits gestellt ist, rät Pflaumer (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 39) zu einem Röntgenbild, um die Lage der Niere zur 12. Rippe festzustellen. Danach wird dann die Schnittführung gewählt. Es wäre auf diese Weise möglich, auch die Auslösung des oberen Nierpoles unter Leitung des Auges vorzunehmen. Bei Hydronephrose könne man zuweilen durch das Pyelogramm den Sitz des Abflußhindernisses oder seine Art, z. B. Stenose des Harnleiters, bestimmen. Bei Nierenstein wären jedesmal drei Aufnahmen mit verschiedener Technik notwendig, weil ein und dieselbe Technik nicht immer alle Steine zur Darstellung brächte. Auch die Operation selbst wird durch das Röntgenbild erleichtert, weil man schon vor dem Eingriff weiß, an welcher Stelle der Niere man den Stein zu suchen habe.

Fremdkörper in der Harnröhre eines Kindes.

Molnár berichtet (Zbl. Chir. 1929 Nr. 44) über einen Fremdkörper (inkrustierten Nagel) in der Harnröhre eines 8jährigen Knaben, der jahrelang unerkannt geblieben war, nur weil man es versäumt hatte, die Harnröhre von außen und mit Sonde abzutasten, eventuell auch ein Röntgenbild zu machen.

Bromhosal.

Hosal, ein chemischer Körper, durch den man bei der salzarmen Ernährung das Kochsalz vorzüglich ersetzen kann, wurde von von den Velden (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 42) mit 60proz. Brom kombiniert. Durch das Brom wird das Chlor verdrängt, so daß bei Nephropathien eine noch bessere Entwässerung des Körpers erzielt wird, als bei der kochsalzarmen Ernährung allein. Außerdem wirkt das Brom bei Chlorverarmung des Körpers sehr viel stärker als sonst und läßt sich dann auch sehr gut verwenden bei der Behandlung von Gleichgewichtsstörungen im vegetativen Nervensystem. Der Geschmack des Bromes ist beim Bromhosal völlig verdeckt.

Ödem mit Anurie und Tod an Urämie ohne Nephritis

beobachteten Klein und Nonnenbruch (Med. Klin. 1929 Nr. 41) — ein Beweis dafür, daß die Glomerulonephritis in Wirklichkeit eine Allgemeinerkrankung ist, bei der es sowohl zu einer Schädigung der Nierengefäße, wie zu einer extrarenalen Gefäß- und Gewebsschädigung kommt. Ödeme, Blutdrucksteigerung und Nephritis sind also nur Symptome, von denen das eine oder andere fehlen kann.

Die Entfernung einer Stearinkerze aus der Blase

gelang Zimmermann (Dtsch. med. Wschr. 29 Nr. 35) auf folgende Weise: Füllung der Blase mit Paraffinum liquidum, in dem Stearin zu Boden sinkt und sich langsam löst. Aber schon nach 1 Minute ließ Verf. den Kranken urinieren, worauf die Kerze unversehrt aus der Harnröhre herausschoß. Verf. glaubt, daß die Schlüpfrigkeit des Paraffin an dem Erfolg mitgewirkt habe und empfiehlt auch bei anderen Fremdkörpern in der Blase einen Versuch mit Gleitmitteln zu machen, die aber so gewählt sein müssen, daß der Fremdkörper darin schwebt. Geeignet sind außer Paraffinum liquidum noch Vaselinöl (für Holzstäbchen) und 2—2$^1/_2$ Proz. Tragantlösung.

Zur Blutstillung bei der Prostatektomie

läßt Johs. Baumann (Zbl. Chir. 29 Nr. 34) nach der Ausschälung zunächst 1 l Kochsalzlösung durchlaufen, damit die Blutgerinnsel ausgespült werden, dann wird sofort eine Spülung mit 1 l Kochsalzlösung, dem 1 g Kalziumchlorid zugesetzt ist, angeschlossen (10 ccm einer 10proz. Kalziumchloridlösung auf 1 l Kochsalzlösung). Die Kalziumchlorid-Kochsalzlösung läßt man ziemlich schnell hindurchlaufen, besonders bei stärkerer Blutung, denn es bilden sich durch das Kalzium sehr schnell feste Gerinnsel, die den abführenden Schlauch verstopfen könnten. Aus diesem Grunde kann man die Kalziumspülungen auch nicht als Tropf-

spülungen anwenden. Wenn nötig, wird die Kalziumkochsalzspülung noch einmal am gleichen Tage wiederholt. Mehr als zwei Spülungen sind fast nie nötig. Portner (Berlin).

Peritonitisartiges und gastrointestinales Auftreten von Nierensteinen.

(S. de Sèze, Les formes, péritonéales et les formes gastrointestinales de la lithiase du rein, Progrès médical 1929 Nr. 50 S. 2142). Mindestens in demselben Maße wie die Hydronephrose ist die Nephrolithiasis eine große Vortäuscherin. Chirurg und Internist sind gleichermaßen in Gefahr auf eine maskierte Steinkrankheit zu stoßen, an der ihre Diagnostik versagt. Ersterer soll daran denken, wenn er ein Darmverschlußsyndrom mit bizarren Zügen sieht oder einer atypischen Appendizitis, wenn diese durch eine Bewegung ausgelöst und durch Lagewechsel beeinflußbar ist und unterbrochen von eigenartigen Ruhepausen bei paradoxer Erhaltung des Allgemeinzustandes. Der Arzt muß an ein verstecktes Steinleiden denken angesichts eines dyspeptischen Syndroms, das auf Magenumschläge nicht reagiert, weiter einer Colitis muco-membranacea, ohne Reaktion auf Diät, endlich bei Anfällen von Auftreibung des Colons. Besonders muß es ihn mißtrauisch machen, wenn diese gastrointestinalen Störungen paroxysmatische Steigerungen und einen ungeordneten launenhaften Verlauf zeigen, der in nichts an die fahrplanartigen Schmerzrhythmen erinnert, in deren Ermangelung die Diagnose einer Veränderung am Verdauungstraktus nie ganz solid ist. Verf. verlangt übrigens stets in solchen Fällen: Röntgenaufnahme, Pyelographie, Ureterenkatheterismus mit mikroskopischer und chemischer Harnanalyse. Für die Erklärung der Symptome kommen in Betracht direkte räumliche Nachbarschaft, und noch stärker Nervenverbindungen, die anatomisch nachgewiesen sind und auch physiologisch als Reflexe von Nierenreizungen auf die Dickdarmmotilität demonstriert werden konnten. Fuld (Berlin).

---

4. Augenheilkunde.

Grauer Star.

Die Entscheidung der Frage, ob ein grauer Star hinreichend sklerosiert ist, um glatt extrahiert werden zu können, ohne daß lästige und den Heilungsprozeß komplizierende Rindenreste zurückbleiben, ist von großer praktischer Bedeutung. Während man früher den Star nur dann als operationsreif ansah, wenn er bis dicht unter die Linsenkapsel getrübt war und der Schlagschatten verschwunden war, glaubte man später jeden Star nach dem 60. bis 65. Lebensjahr hinreichend sklerosiert, um ihn mit guter Aussicht auf Erfolg extrahieren zu können. Letztere Ansicht ist nicht richtig. Vogt (Z. Augenheilk. Okt. 1929) (Schweiz. ophthalm. Ges.) hat versucht, am Spaltlampenmikroskop die Frage zu entscheiden, wann eine Totalsklerose der Linse anzunehmen sei. Er fand, daß eine Totalsklerose als solche auf keine Weise sichtbar ist, daß aber auf eine Totalsklerose mit großer Wahrscheinlichkeit geschlossen werden könne, wenn sich dicht unter der vorderen Linsenkapsel eine zarte, aus Wölkchen und feinsten Tröpfchen bestehende Trübungsfläche zeigt, die viel feiner und zarter ist als die hintere Schalentrübung der Linse, aber sicherer als die letztere eine Totalsklerose anzeigt. Die subkapsuläre Trübungsfläche findet sich bei Katarakten der verschiedensten Form, besonders häufig bei der Cataracta nuclearis, und beweist, daß die Linse, auch wenn sie sonst noch nicht stark getrübt ist, schon in mittleren Jahren mit guter Aussicht auf Erfolg extrahiert werden kann, während umgekehrt häufig stark getrübte Linsen älterer Leute und besonders im Stadium der Intumeszens erhebliche Reste bei der Extraktion zurücklassen, die, wenn sie noch klar sind, nicht immer leicht entfernt werden können.

Die bei der Extraktion des Stares aus der Kapsel häufig zurückbleibenden Linsenreste, die dadurch bedingte postoperative Iritis und die Notwendigkeit von Nachstaroperationen haben immer den Wunsch aufkommen lassen, den Star mit der Kapsel extrahieren zu können. Pagenstecher hat bereits in großem Maßstabe an Stelle der Ausziehung des Stares aus der Kapsel die Expression des Stares mit der Kapsel angewandt. Die von H. Smith seit langen Jahren an dem riesigen Material Indiens ausgeführte Expression mit der Kapsel ist in Deutschland kaum versucht oder wo sie — wie von Elschnig — versucht wurde, ihrer Gefährlichkeit wegen bald wieder verlassen worden. Auch die früher von Stöwer, zuletzt aber von Barraquer angegebene Methode der Ansaugung der Linse samt der Kapsel mittels eigener Saugapparate hat zwar in Spanien und Südamerika weite Verbreitung gefunden, ist aber von Elschnig zugunsten einer intrakapsulären Methode, die auf Stanculeanu und Török zurückgeht, verlassen worden. Diese Elschnigsche Methode ist von Safar in der Wiener 1. Klinik an einem größeren Material versucht und (Z. Augenheilk. Sept. 1929) beschrieben worden. Sie ist an sich schwieriger zu erlernen als die gewöhnliche extrakapsuläre Ausziehung, aber doch nicht so gefährlich wie die Smithsche und die Barraquersche Methode. Der Operation gehen eine Reihe sehr wichtiger vorbereitender Maßnahmen voraus. Durch Akinesie wird eine Erschlaffung der Lider während der Operation erreicht. Zu diesem Zwecke wird eine 4proz. Novokainlösung entsprechend der temporalen Hälfte des Orbitalbogens zwischen Muskel und Periost eingespritzt. Um die Gefahr eines Glaskörpervorfalles zu vermeiden, wird sodann eine retrobulbäre Injektion einer Novokain-Suprareninlösung gemacht. Kurze Zeit nach der Injektion tritt eine starke Erweichung des Auges ein, so daß der Glaskörper, selbst wenn

er schon durch die Pupille in die Vorderkammer eingetreten ist, keine Neigung hat, vorzufallen. Alsdann wird eine Zügelnaht durch die Sehne des Musculus rectus superior gelegt, wodurch man den Bulbus völlig in der Gewalt hat. Es wird sodann ein Lappenschnitt wie zu einer gewöhnlichen Extraktion ausgeführt, jedoch mit einem größeren Bindehautlappen, der die Anlegung einer vorgelegten Wundnaht ermöglicht. Es folgt dann eine basale Iridektomie zur Vermeidung postoperativer Irisvorfälle. Nun kommt der wichtigste und schwierigste Teil der Operation, die Entbindung der Linse in der Kapsel. Mit einer stumpfen Kapselpinzette, die bis in den unteren Teil des Pupillargebietes eingeführt wird, faßt man die Kapsel, sodann werden durch leichte Bewegungen nach vorn, links und rechts die Zonulafasern gelockert, bis die Linse der Kapselpinzette widerstandslos folgt. Dann wird die Linse unter leichtem Gegendruck mit einem Schielhaken von unten über den unteren Pupillarrand nach vorn und oben gehoben und unter gleichzeitigem Nachschieben mit dem Schielhaken durch die Wunde entbunden. Zuziehen und Knüpfen der vorgelegten Naht und Reposition der Iris vollenden die Operation. Reißt bei der Operation die Kapsel ein, so muß die Linse in der gewöhnlichen Weise aus der Kapsel entbunden werden, doch ist dies bei der starken Erweichung des Bulbus häufig sehr schwer. Der Hauptvorteil einer glatten intrakapsulären Extraktion ist das Fehlen von Linsen- und Kapselresten und die dadurch bedingte Reizung der Iris, so daß infolge der auffallenden Reizlosigkeit der Augen die Nachbehandlung wesentlich vereinfacht und verkürzt und ein besseres Sehvermögen erreicht wird, als bei der extrakapsulären Methode. Ein Nachteil der Operation und ein Hindernis für ihre allgemeine Verbreitung ist die Schwierigkeit ihrer Durchführung, die besonders schwierig ist, wenn bei bereits halbluxierter Linse die Kapsel einreißt. Stare jüngerer Leute eignen sich in der Regel nicht für die intrakapsuläre Methode, da die Zonula noch zu widerstandsfähig ist, die Kapsel gewöhnlich platzt und dann die schon halb luxierte Linse nur unter großer Mühe und Gefahr, meist unter Zurücklassung von Kapsel- und Linsenresten, herausbefördert werden kann. Am leichtesten gelingt die Ausziehung der Linse in unverletzter Kapsel bei unreifen Staren älterer Leute, bevor sie noch intumeszent geworden sind, sodann bei reifen oder fast reifen Staren. Bei stark gequollenen Linsen läßt sich die Kapsel mit der stumpfen Pinzette gewöhnlich nicht fassen. Es können also mit der intrakapsulären Methode unreife Stare, wenn sie starke Sehstörungen machen, mit guter Aussicht auf Erfolg operiert werden, ehe sie in das Stadium der Quellung eintreten, in dem sie bei extrakapsulärer Extraktion häufig Reste zurücklassen und zur Nachstarbildung Veranlassung geben.

Koll (Elberfeld).

Soziale Medizin.

Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Marburg
Direktor Prof. Dr. med. et phil. et med. dent. h. c. A. Gürber.

Die Stellung des praktischen Arztes zur Rauschgiftfrage.

(Mit Berücksichtigung der Ausführungsbestimmungen zum Opiumgesetz.)

Eingegangen 18. Oktober 1929.

Von

Priv.-Doz. Dr. **Otto Geßner,**
Assistent am Institut.

Die „Rauschgiftfrage" ist in den letzten Jahren so vielseitig (ausführliches Literaturverzeichnis mußte aus Raumgründen gestrichen werden) erörtert worden, daß es mir zunächst zweifelhaft erscheinen konnte, ob ein weiterer Beitrag zu dieser Frage gerade jetzt angebracht sei, wo wir vor dem Erscheinen neuer Gesetzesvorschriften gegen den Rauschgiftmißbrauch stehen.

Wenn ich trotzdem der Aufforderung der Schriftleitung dieser Zeitschrift nachgekommen bin, Ausführungen über die Stellung des praktischen Arztes zur Rauschgiftfrage zu bringen, so geschah dies einmal wegen der großen Bedeutung dieser Frage überhaupt, zweitens aber auch von vornherein mit der Beschränkung auf eine bestimmte Seite dieses umfangreichen Problems.

Ziel dieser Zeilen soll sein, dem praktischen Arzt zunächst eine kurze Übersicht über das Opiumgesetz und die zu seiner Durchführung geschaffenen Ausführungsbestimmungen zu geben; weiterhin soll, ausgehend von dem Leitsatz, daß jeder Arzt aktiv an der Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches teilnehmen muß, der Wert und der Indikationsbereich der Suchtgifte erörtert und hieraus der Schluß gezogen werden, wieweit der praktische Arzt in der Lage ist, sich an dem im Interesse der Volksgesundheit unbedingt erforderlichen Kampf gegen den Rauschgiftmißbrauch mit der bestmöglichen Waffe, nämlich der Prophylaxe, zu beteiligen, d. h. wie weit es möglich ist, die Suchtgifte von der Verordnung als Arzneimittel auszuschließen. Dabei will ich nicht nur die pharmakologische Seite dieser Frage beleuchten, sondern hoffe als ehemaliger praktischer Arzt auch den Forderungen der Praxis gerecht zu werden.

I.
Entwicklung der Rauschgiftgesetzgebung.

Eingeleitet wurde die Bekämpfung der Rauschgiftsuchten durch das als „Haager Konvention" bezeichnete Internationale Opiumabkommen vom 23. 1. 1912, welches den Abschluß der 1909 in Shanghai auf Veranlassung der Vereinigten Staaten von Nordamerika zur Bekämpfung des Opiummiß-

brauches begonnenen Verhandlungen darstellte. Das Gesetz zur Ausführung dieses auch von Deutschland unterzeichneten internationalen Opiumabkommens vom 23. 1. 1912 konnte infolge der Kriegsumstände erst am 30. 12. 1920 erlassen werden, während das Abkommen selbst (die „Haager Konvention") schon am 22. 12. 1920 veröffentlicht wurde und am 1. 1. 1921 auch in Deutschland Gesetzeskraft erlangte. Da das Opiumgesetz vom 30. 12. 1920 sich bald wegen der Zunahme des Rauschgiftmißbrauches in der Inflationszeit als unzureichend erwies, wurde am 21. 3. 1924 das Gesetz zur Abänderung des Opiumgesetzes erlassen, welches zusammen mit dem 1. Gesetz das auch heute noch gültige Opiumgesetz darstellt[1]).

Durch dieses Gesetz und die weiter unten zu erwähnenden Ausführungsbestimmungen soll nach dem Geist der Haager Konvention die Herstellung, der Erwerb, der Verkauf und die Verwendung der in § 1 des Gesetzes aufgeführten Rauschgifte auf den medizinischen und gesetzmäßigen Gebrauch beschränkt und die Verwendung für andere Zwecke verhindert werden.

Der Vollständigkeit halber sei hier erwähnt, daß schon vor Inkrafttreten des Opiumgesetzes in Deutschland einschränkende Bestimmungen über die Abgabe von Opium und seinen Präparaten, Morphin sowie Kokain in Gestalt der 1896 erlassenen Verordnungen betr. Abgabe stark wirkender Arzneimittel bestanden haben, so insbesondere das Verbot wiederholter Abgabe dieser Stoffe ohne jedesmal erneute schriftliche Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt. Weitere speziell auf Opium, Morphin, die übrigen Opiumalkaloide und schließlich auch Kokain bezügliche Verordnungen wurden 1917, 1918, 1919, 1920 erlassen.

Das Opiumgesetz.

Von den Bestimmungen des Opiumgesetzes in der Fassung vom 21. 3. 1924 (dessen vollständige Wiedergabe mit ausführlichem Kommentar sich in dem dazu beachtenswerten Büchlein von Lewin und Goldbaum findet), kommen für den praktischen Arzt hauptsächlich in Frage:

1. § 1 mit der Zusammenstellung der dem Opiumgesetz unterworfenen Suchtstoffe: Rohopium[2]), Opium für medizinische Zwecke, Morphin, Diazetylmorphin (Heroin), Rohkokain[2]), Kokain, ferner alle Salze der genannten Alkaloide sowie alle Zubereitungen, die mehr als 0,2 Proz. Morphin oder mehr als 0,1 Proz. Diazetylmorphin (Heroin) bzw. Kokain enthalten.

Andere Rauschgifte, wie etwa Haschisch[3]) und Meskalin, unterliegen mithin dem Opiumgesetz noch nicht. Es wäre aber zu wünschen, das künftig alle Rauschgifte unter das Opiumgesetz fallen. Wolff stellt sogar die sicher berechtigte Forderung auf, daß im Hinblick auf die schweren Gefahren für die Volksgesundheit alle Rauschgifte, die nicht unbedingt zum therapeutischen Rüstzeug des Arztes gehören müssen, ausgemerzt würden. Leider würde diese Forderung, wenigstens heute noch nicht, gerade auf die beiden wichtigsten Suchtgifte, das Morphin und das Kokain, wohl aber auf das so besonders gefährliche Heroin, anwendbar sein.

2. § 2, Absatz 4 gestattet, daß die unter § 1 genannten Pharmaka in den Apotheken ohne eine besondere, in Absatz 1 des § 2 näher bezeichnete „Erlaubnis" erworben, hergestellt, verarbeitet oder abgegeben werden dürfen, jedoch nur als Heilmittel.

„Heilmittel" bedeutet nach I, Ziffer 6 der Ausführungsbestimmungen zum Opiumgesetz „auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verordnung". Danach wäre, wie dies Lewin und Goldbaum auslegen, das vom Arzt verordnete Morphin oder Kokain immer „als Heilmittel" anzusehen. Nach Lewin und Goldbaum beruht die reichsgerichtliche Entscheidung, wonach der Arzt sich strafbar macht, wenn er z. B. Kokain nicht als Heilmittel verordnet und „in den Verkehr bringt" (letztes ist nach Ansicht dieser Autoren durch den Arzt überhaupt unmöglich, sofern eine Verordnung vorliegt) de lege lata auf einer unrichtigen Anwendung des geltenden Gesetzes. Ohne zu dieser Frage Stellung zu nehmen, soll hier betont werden, daß es selbstverständlich im Sinne des Opiumgesetzes liegt, die Verwendung von Morphin, Kokain usw. zu Genußzwecken auch dann zu unterbinden, wenn sie vom Arzt auf Grund eines ordnungsmäßig ausgestellten Rezeptes veranlaßt wird.

Es ist sehr zu hoffen, daß das kommende Gesetz klare Normen schafft, damit einerseits diejenigen Ärzte, die wissentlich und verantwortungslos den Rauschgiftmißbrauch durch Ausstellen von medizinisch unbegründeten oder zu weitgehenden Rezepten fördern, ohne weiteres belangt werden können, und zwar auch mit Entziehung der Approbation, daß aber andererseits der gewissenhafte Arzt, der in bestimmten Fällen vor seinem ärztlichen Gewissen so handeln muß, daß er sich nach der heutigen Rechtslage strafbar macht, geschützt wird.

3. § 6 besagt, daß die Bestimmungen des Opiumgetzes auf jeden neuen Abkömmling des Morphins, Kokains, oder ihrer Salze, oder auf jedes andere Alkaloid des Opiums ausgedehnt werden können, die nach wissenschaftlicher Feststellung die gleichen schädigenden Wirkungen ausüben können.

Diese Bestimmung ist sehr wichtig; im Interesse der Volksgesundheit läge es, wenn in Zukunft der § 6 dahin erweitert würde, daß jedes der hier bezeichneten Pharmaka von vornherein unter das Opiumgesetz fiele und erst dann freigegeben würde, wenn sich seine Ungefährlichkeit bezüglich Rausch bzw. Sucht erzeugender Wirkung ergeben hätte. Eine solche Forderung erscheint um so mehr begründet, als in den letzten Jahren „Morphinersatzmittel" auf den Arzneimittelmarkt gebracht worden sind, die keine oder nur „geringe" Gewöhnungsgefahr in sich bergen sollten, die sich aber bald als wirksame und, weil nicht unter die einschränkenden Bestimmungen des Opiumgesetzes fallend, sehr beliebte Suchtgifte erwiesen haben und deswegen besonders schädlich wirkten.

4. § 8 enthält die Strafvorschriften, nach denen Verstöße gegen das Opiumgesetz mit Gefängnis bis zu 3 Jahren und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft wird, sofern nicht nach anderen Strafgesetzen eine schwerere Strafe verwirkt ist.

---

[1]) Während der verzögerten Drucklegung ist inzwischen das neue Opiumgesetz am 1. 1. 1930 in Kraft getreten, siehe darüber bei P. Wolff, Dtsch. med. Wschr. **1929**, 2102.

[2]) Rohopium und Rohkokain sind für die praktischen Ärzte belanglos, da sie für die Verordnung nicht in Frage kommen.

[3]) Erst durch die „Genfer Konvention" (siehe weiter unten) wird der Indische Hanf, die Stammpflanze des Haschisch, und die aus ihr gewonnenen Präparate mit einbezogen und wird in dem neuen deutschen Gesetz berücksichtigt werden müssen.

Die Ausführungsbestimmungen zum Opiumgesetz, vom 5. 6. 1924[4]).

Von den am 1. 7. 1924 in Kraft und an Stelle der alten Bestimmungen vom 23. 12. 1923 getretenen Ausführungsbestimmungen zum Opiumgesetz (in ihrem Wortlaut ebenfalls in dem schon oben erwähnten Büchlein von Lewin und Goldbaum enthalten) kommen für den praktischen Arzt folgende Teile in Trage:

1. I, Absatz 6, wonach die für die Apotheken vorgesehene Befreiung von der „Erlaubnis" (s. Opiumgesetz § 2, Absatz 1) sich neben anderem auch auf die Abgabe und den Erwerb auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher und tierärztlicher Verordnung erstreckt, dagegen die Abgabe durch den Apotheker zu anderen Zwecken nicht zulässig ist.

2. II, Absatz 4, wonach schriftliche Verordnungen (Rezepte) eines Arztes oder Zahnarztes, welche die in § 1 des Opiumgesetzes genannten Pharmaka enthalten und auf Grund der Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel[5]) ohne erneute schriftliche Anordnung (Rezept) nicht wiederholt abgegeben werden dürfen, in der Apotheke zurückzubehalten und mindestens 3 Jahre lang aufzubewahren sind, u. zw. die Rezepte für Privatpatienten im Original, von Rezepten für Krankenkassenangehörige eine vorschriftsmäßige Abschrift. Diese Rezepte unterliegen der Kontrolle der zuständigen Medizinalbehörde und, besonders bei Beanstandungen, des Reichsgesundheitsamtes.

Inzwischen ist am 28. 6. 1929 das als „Genfer Konvention" bezeichnete Internationale Opiumabkommen vom 19. 2. 1925 von Deutschland ratifiziert worden und am 29. 6. 1929 als Gesetz in Kraft getreten, und zwar an Stelle der „Haager Konvention" vom 23. 1. 1912. Die Genfer Konvention bringt weitere Einschränkungen, neu einbezogen sind folgende Pharmaka: Kokablätter, Ekgonin, Indischer Hanf (auch Extr. und Tinkt.), sämtliche Zubereitungen von Diazetylmorphin (Heroin) unabhängig vom Gehalt an diesem Alkaloid. Auf Grund der Genfer Konvention zu erlassende neue Gesetze und Vorschriften sollen es ermöglichen, daß Herstellung, Einfuhr, Verkauf, Vertrieb, Ausfuhr und Verwendung der Rauschgifte nur noch zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken erfolgen können.

Wird dies wirklich erreicht werden, so bedeutet das einen gewaltigen Fortschritt, wie schon 1928 Wolff gebührend hervorgehoben hat, da trotz gewissenhaftester Befolgung der Gesetze und Vorschriften durch den Arzt und den Apotheker der Rauschgiftmißbrauch nicht eher wirksam eingeengt werden kann, bis alle Schleichwege des illegalen Handels mit Rauschgiften verlegt sind, auf denen auch heute trotz der bestehenden strengen Maßnahmen zuviel Rauschgifte an die Süchtigen gelangt.

Richtlinien für den praktischen Arzt bei der Verordnung der unter das Opiumgesetz fallenden Pharmaka.

Das Opiumgesetz und seine Ausführungsbestimmungen sowie die Verordnungen über die Abgabe stark wirkender Arzneien ziehen somit die Grenzen, die der praktische Arzt bei der Verordnung der unter das Opiumgesetz fallenden Pharmaka einhalten muß, um nicht den diesbezüglichen Strafbestimmungen ausgeliefert zu sein.

Um den Ärzten die auf Grund der bestehenden Gesetze und Bestimmungen nicht einfache Verordnungsweise opiumgesetzpflichtiger Pharmaka und ihm überhaupt seine Stellung im Kampfe gegen den Rauschgiftmißbrauch zu erleichtern, sind vom Reichsministerium des Innern in dem Rundschreiben vom 2. 3. 1925 Richtlinien für die Verschreibung von Opiaten empfohlen worden.

Diese Richtlinien sollen, ihrer Bedeutung gemäß, hier nicht übergangen, sondern, wenigstens im Telegrammstil, nochmals hervorgehoben werden:

1. Prüfung der Notwendigkeit der Verordnung in jedem Einzelfalle; Verantwortung vor dem Gewissen und der ärztlichen Wissenschaft; größte Vorsicht bei Festsetzung der Abgabeform und Menge; Beachtung der Möglichkeit von Täuschungen durch die Patienten.
2. Vorsorge gegen Diebstahl der Rezeptformulare. Bereitwillige Auskunft an den Apotheker auf Anfrage.
3. Sorgfältige Ausstellung der Rezepte, Vorsorge gegen nachträgliche Veränderung des Rezeptes, besonders der Mengenangaben; Kennzeichnung der Echtheit.
4. Verordnungen über Sprechstundenbedarf (pro statione) oder für Krankenanstalten stets in Rezeptform, nur vom Arzt unterzeichnet, sonst nicht ausgeführt.
5. Niemals Substanz verordnen, stets in gebrauchsfertiger Zubereitung (auch bei Verordnung ad usum propriam).
6. Keinen Vermerk über Wiederholung der Verordnung anbringen, da unzulässig.

Ähnliche Leitsätze wurden auf dem 47. Deutschen Ärztetag in Danzig aufgestellt.

II.

Nach der gegebenen Übersicht über das Opiumgesetz und die übrigen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen sowie die sich daraus ergebenden Richtlinien für den praktischen Arzt bei der Verordnung der unter das Opiumgesetz fallenden Pharmaka soll nun der Wert und der Indikationsbereich der Suchtgifte sowie die Möglichkeit erörtert werden, welche Rauschgifte sich ganz oder teilweise aus dem ärztlichen Heilmittelschatz ausschließen lassen.

Opiate.

Betrachten wir zunächst das Morphin, das wichtigste Alkaloid des Opiums und eins der wichtigsten unserer Arzneimittel überhaupt. Dieses Pharmakon besitzt als wertvollste Eigenschaft eine elektiv narkotische Wirkung auf die schmerzperzipierenden Elemente der als „Körperfühlsphäre"

[4]) Die Ausführungsbestimmungen zu dem neuen Opiumgesetz, das am 1. 1. 1930 in Kraft getreten ist, sind noch nicht erschienen.

[5]) Bekanntmachung d. Min. f. Volkswohlfahrt vom 18. 12. 1926 und Nachträge hierzu. Zu den unter diese Verordnungen fallenden Stoffen gehören alle bekannten Hypnotica, ferner Opium, Morphin und verwandte Pharmaka, schließlich Kokain und Kokainpräparate, neuerdings das „Morphin-Ersatzmittel" Acedicon, sowie die Alkaloide Harmin und Banisterin.

Ist

Haemophilie

heilbar?

Die bis jetzt als unheilbar betrachtete Krankheit **HÄMOPHILIE** ist, wie bereits klinische Erfahrungen zeigten, mit

Nateina

auch in aussichtslosen Fällen mit vollem Erfolg behandelt.

Nateina enthält die nach einem Spezialverfahren der Fa. Llopis, Madrid hergestellten Vitamine A, B, C, D in Verbindung mit Calc. phosphat.

Nateina ist hervorragend bewährt bei: **Hämophilie** 16—36 Tabl. tägl., **Purpura u. Blutarmut** 8—16 Tabl. tägl., **Tuberkulose** 18—24 Tabl. tägl., **Atrepsi, Skorbut, usw.** 6—10 Tabl. tägl.

Auf Vorstellung der Ärzteschaft, dieses Mittel auch den Minderbemittelten zugängig zu machen, haben wir den Preis unter größten Opfern für **Nateina** (1 Originalpackung enthält 4 Röhren à 12 Tabletten)

von Mk. 13.50 auf Mk. 7.25 ermäßigt. **Klinikpackung Mk. 40.—**

Einige Auszüge aus der umfangreichen Literatur über die bisherigen Erfolge mit **Nateina:**

Prof. **Bruno Niekau,** Leiter der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Tübingen, sagt in seiner Abhandlung „Zur Behandlung der Hämophilie", Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 1, Jahrgang 1929 folgendes:

Ätiologisch wirksam wird man **Nateina** insofern nennen können, als außer der Verbesserung der physikalischen Bluteigenschaften und der Gefäßwanddichtung gegen pathologischen Blutdurchlaß ein wohltuendes Wärmegefühl im ganzen Körper nach der übereinstimmenden Aussage aller Behandelten einkehrt, die Leistungsfähigkeit und Spannkraft steigt und die auch bei meinen Fällen beobachtete Untertemperatur auf normale Werte zurückkehrt. Auf meine nun mehr als 1½ Jahre fortlaufenden Beobachtungen gestützt, kann ich im Verein mit anderen Untersuchern sagen, daß die Nateinabehandlung die lebensgefährlichen Erscheinungen der echten Hämophilie latent zu halten vermag und leichtere Fälle symptomlos machen kann. Ein Erfolg, der bisher mit keinem Mittel durch ausschließlich orale Gabe in solchem Maße zu erzielen war.

Dr. med. **Erwin Schrader,** Zentralblatt für Chirurgie 1929, Nr. 5, führt aus in seiner Abhandlung: Aus der Orthopäd. Universitätsklinik Heidelberg, Direktor Prof. Dr. med. Ritter H. v. Baeyer, Gelungene Zahnextraktion bei einem Hämophilen auf Grund einer neuen Behandlungsmethode:

In dem **Nateina** haben wir jedenfalls ein Mittel in der Hand, das vermöge seiner gerinnungsfördernden und gefäßendotheldichtenden Wirkung eine sichere Behandlung, vielleicht Heilung der Hämophilie verspricht. Der vorliegende — nach der mir zugänglichen Literatur — erste Fall einer quoad vitam gelungenen Zahnextraktion bei einem „echten" Bluter ist die beste Empfehlung dieses Präparats.

Herr Dr. **Nowotny,** St. Pölten (Österreich), teilte uns am 3. Februar 1927, fünf Monate nach Anwendung unserer Behandlung folgendes mit:

Seit der Kur mit **Nateina** treten auffallend selten Blutergüsse auf, sind nur ganz leichter, schmerzloser Art, so daß eine Bettruhe bzw. Berufsstörung ausgeschaltet ist. Bei der notorischen Hartnäckigkeit der Hämophilie ist dieser Erfolg der beste, den ich je gesehen habe.

Die Kgl. Medizinische Akademie, Barcelona, berichtete unterm 25. Februar über den therapeutischen Wert unserer **Nateina** und führt aus:

„Die in der Medizinischen Klinik der Medizinischen Fakultät unter Leitung von Prof. Dr. Ferrer y Cajigal und im Laboratorium des Physiologischen Instituts unter der Leitung von Prof. Pi.-Suner ausgeführten Arbeiten haben den Beweis ihrer Wirksamkeit auf die Zusammensetzung des Blutes der Bluterkranken erbracht."

Verlangen Sie ausführliche Literatur und Muster von unserer

Generalvertretung: Hageda A.-G., Berlin NW 21


BEI VIELEN KASSEN ZUGELASSEN
BISMOLAN-
-SUPPOSITORIEN u. GLEITSALBE
INDIKATIONEN:
HAEMORRHOIDEN, PROCTITIS
PROSTATITIS, PRURITUS ANI
BESTANDTEILE: ZINK, WISMUT, MENTHOL, EUCAIN, SUPRARENIN HOECHST
VIAL & UHLMANN FRANKFURT M
PRIVAT P.: 12 ST. Mk. 2.80
KASSEN P.: 6 ST. Mk. 1.40
GLEITSALBE: TUBE Mk. 2.–

bezeichneten Teile der Großhirnrinde und vermag dadurch selbst heftigste Schmerzen zu beseitigen. Dadurch ist das Morphin zu einem so segensreichen Arzneimittel geworden, daß es in der Hand des Arztes, dessen vornehmste Pflicht es ist, neben dem Heilen und Helfen vor allem Schmerzen zu lindern, weitgehende Verwendung verdiente, wenn dasselbe Pharmakon nicht die furchtbare Gefahr der Gewöhnung, die Ursache des unseligen Morphinismus in sich bergen würde. Es ist hier nicht der Raum, auf den Morphinismus näher einzugehen. Aber das kann nicht oft genug gesagt werden, daß eine einzige, noch so gut gemeinte Morphinanwendung bei Disponierten (und diese Disposition kann man nie sicher ausschließen) zur Sucht führen kann, und daß leider ein sehr erheblicher Prozentsatz der Fälle von Morphinismus, weniger der von Kokainismus iatrogen bedingt ist. Jeder Arzt sollte daher stets die Mahnung, die ich im pharmakologischen Unterricht aufgenommen und mir während meiner Tätigkeit als Landarzt immer vor Augen gehalten habe, berücksichtigen, nämlich vor jeder Morphinanwendung, insbesondere jeder Morphinspritze auf das Gewissenhafteste zu prüfen, ob sie unumgänglich notwendig oder vielleicht durch andere Pharmaka zu vermeiden sein würde. Darin liegt, wie dies auch in den erwähnten Richtlinien für die Verschreibung von Opiaten als Leitsatz enthalten ist, der Kernpunkt: Der Arzt darf das Morphin nur anwenden, wo mit anderen, in bezug auf Sucht und Gewöhnungsgefahr[6]) ungefährlichen Pharmaka nicht das geforderte Ziel erreicht werden kann. Als einzige danach gerechtfertigte Indikation für die Morphinanwendung bleibt damit die Beseitigung von solchen Schmerzen übrig, deren wirksame Bekämpfung mit anderen Pharmaka nicht gelingt. Als solche sind hier zu erwähnen: Antipyrin, Pyramidon, Salicylsäure und ihre Derivate, Chinin, Atophan, auch in Kombination mit Hypnotica, wobei, wie das Veramon zeigt, bedeutende Wirksamkeitssteigerung bezüglich der Schmerzlinderung erzielt werden kann; dasselbe gilt von Kombinationen verschiedener Analgetica untereinander und mit Codein[7]), dem einzigen Alkaloid im Opium, das neben dem synthetisch aus Morphin dargestellten Dionin ohne Bedenken verordnet werden kann. Diese beiden Pharmaka führen sicher nicht zur Sucht und Gewöhnung, weil sie nicht wie Morphin und alle übrigen Opiate im Stoffwechsel verändert, abgebaut, sondern unverändert wieder ausgeschieden werden. Leider ist ihre schmerzstillende Wirkung im Vergleich zu der des Morphins so gering, daß sie das Morphin hierin nicht ersetzen können. Auch bei ganz akuten, heftigsten Schmerzen, etwa bei Gallen- und Nierensteinkoliken, bei Angina pectoris, wird der Arzt nicht sofort zur Morphinspritze greifen müssen, sondern oft mit der Papaverin-[8]) Spritze oder, bei Angina pectoris, mit einigen Tropfen Amylnitrit schnell durch die Beseitigung der Spasmen auch die Schmerzen zum Verschwinden bringen können. Dagegen sollte bei Schmerzen im Verlauf infauster Leiden, wie bei inoperablem Karzinom oder im Endstadium der Phthise schon aus Gründen der Menschlichkeit mit der Morphinanwendung nicht zurückgehalten werden, da hier die Frage des Morphinismus belanglos bleibt. Nur ist es in solchen Fällen äußerst bedenklich, die Spritze aus der Hand zu geben, was allerdings, besonders in der Landpraxis, nicht immer zu umgehen sein wird; jedenfalls ist hier alle Vorsorge zu treffen, daß nicht etwa die Angehörigen des Patienten dadurch zu Morphinisten werden (Einspritzungen nur durch den Arzt oder die zuverlässige Kranken- oder Gemeindeschwester).

Neben der Bekämpfung heftiger Schmerzen ist für das Morphin noch eine Indikation in der Praxis zu verteidigen, nämlich die Morphinanwendung bei bestimmten Erkrankungen der Atmungsorgane, wo neben Schmerzen Dyspnoe[9]) besteht, wie etwa bei Pleuritis und Pneumonie. Hier wirkt Morphin günstig, weil es durch Herabsetzung der Erregbarkeit des Atemzentrums neben seiner schmerzlindernden Wirkung die Atmung verlangsamt, aber vertieft, so daß der Gaswechsel in den Alveolen verbessert wird. Bei Pneumonie empfiehlt sich aber sorgfältigste individuelle Dosierung, in den späteren Stadien der Erkrankung sogar Vermeidung des Morphins wegen der Gefahr der Sekretstauung und des Lungenödems.

Damit ist die unumgängliche und deswegen gerechtfertigte Anwendung des Morphins (nicht nur der Morphinspritze!) umgrenzt. Dasselbe gilt (ausgenommen Codein und Dionin) für alle Derivate des Morphins, besonders das Heroin (Diazetylmorphin), und alle neueren „Morphinersatzmittel“, von denen hier nur Eukodal, Dikodid, Dilaudid, Paracodin, Narcophin, Eumecon, Paramorfan genannt werden sollen. Auch das Acedicon ist vorläufig hierher zu rechnen, bis seine Ungefährlichkeit erwiesen ist. Das Heroin, das an sich schon wirksamer ist als Morphin, auch bezüglich Gewöhnung, wird noch dadurch besonders gefährlich, daß es wie Kokain geschnupft werden kann und so der Entwicklung und Verbreitung der Sucht in viel höherem Maße Vorschub leistet als Morphin. Heroin sollte, als medizinisch gänzlich entbehrlich, aus dem Heilschatz, aber auch sonst völlig verschwinden, wie dies jetzt in Nordamerika geschehen soll. Hierher gehören ferner Opium, alle offizinellen und fabrikmäßigen Opiumpräparate wie Pantopon, Holopon, Laudanon, Laudopan, Glykopan u. a., während Pulvis Doveri wegen seines Gehaltes an brech-

[6]) Es darf nicht vergessen werden, daß häufig wiederholte Morphingaben auch bei nicht „Disponierten“, mithin Menschen, bei denen keine Euphorie durch Morphin erzeugt wird, zum Morphinismus führen, da auch in diesen Fällen das Morphin zum integrierenden Bestandteil des Stoffwechsels besonders der Nervenzellen und damit zur Ursache der Morphinsucht wird.

[7]) In Form altbewährter Rezepte oder z. B. der „Gelonida antineuralgica“.

[8]) Papaverin ist als Isochinolinderivat bezüglich Suchtgefahr gänzlich ungefährlich, aber wegen seiner in höheren Gaben herzlähmenden Wirkung richtig zu dosieren.

[9]) Dagegen ist kardiale Dyspnoe durch die für den gegebenen Fall angezeigten Herzmittel zu bekämpfen.

erregender Radix Ipecacuanha weniger gefährlich ist. Verwendung von Morphin und allen anderen Opiaten und „Morphinersatzmitteln“ mit Ausnahme der mit Sicherheit ungefährlichen Alkaloide Codein und Dionin in anderen Fällen als den oben bezeichneten sollte als Kunstfehler gelten und vom Arzt unter allen Umständen vermieden werden.

Das gilt vor allem für die leider immer noch empfohlene Anwendung von Morphin als Hustenmittel. Trotzdem Morphin stärker hustenstillend wirkt und im Gebrauch billiger ist als Codein und Dionin, ist es wegen der Gewöhnungsgefahr abzulehnen, und Husten nur durch Codein oder Dionin zu bekämpfen.

Die Anwendung von Morphin bei diarrhöischen Zuständen ist schon pharmakologisch falsch begründet; denn wenn auch Morphin Verstopfung erzeugt, so ist es doch kein darmberuhigendes Pharmakon, vielmehr steigert es den Tonus der glatten Muskulatur und führt durch spastische Kontrakturen zur Hemmung der Darmentleerung. Erst im Opium, trotzdem es zu 10 Proz. aus Morphin besteht, ist diese Morphinwirkung durch einen modifizierenden Synergismus mit dem überall glatte Muskulatur lähmenden Papaverin (nur etwa 1 Proz. im Opium) so umgestimmt, daß Opium zur Erschlaffung der glatten Muskulatur des Darmes und damit zur Beseitigung von Diarrhöen führt.

Trotzdem Opium und Opiumpräparate im weitesten Sinne wegen der zentral schmerzlindernden und peripher darmberuhigenden Wirkung bei diarrhöischen, aber auch spastischen Zuständen des Magendarmkanals verschiedenster Ätiologie häufig in der Praxis verwendet werden, ist auch hier die zur Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches notwendige Einschränkung um so eher möglich, als wir über pharmakologisch wohlbegründete und auch praktisch erprobte Pharmaka verfügen, die das Opium in vielen Fällen nicht nur zu ersetzen vermögen, sondern, wie z. B. Uzara, zweifellose Vorzüge aufweisen. Gerade Uzara[10]) scheint hier besonders berufen zu sein, da es nicht wie Opium durch Lähmung der glatten Muskulatur selbst, sondern durch Steigerung des physiologischen Darmhemmungsmechanismus über den Sympathikus antidiarrhöisch wirkt. Durch Beseitigung von Spasmen (Tenesmen) wirkt Uzara auch indirekt schmerzlindernd. Der besondere Vorzug von Uzara liegt darin begründet, daß es die Entleerungen nicht wie Opium gänzlich verhindert, sondern nur ihre Zahl beschränkt, somit der Heilstrebigkeit des Organismus bei Infektionen oder Vergiftungen nicht entgegenwirkt. Dazu kommt eine bedeutsame Verengerung der Splanchnikusgefäße und eine, wenn auch schwache, digitalisartige Wirkung auf das Herz. Auch Atropin, bzw. Belladonna kann hier oft das Opium ersetzen, bei der Bleikolik wie überhaupt bei rein spastischen Zuständen ist es dem Opium sicher vorzuziehen.

In ähnlicher Weise kann die Verwendung von Opiaten bei der Dysmenorrhöe durch Analgetika (Salipyrin) und Uzara und beim Asthmaanfall durch Atropin, Adrenalin, Ephetonin und nicht selten auch Uzara eingeschränkt oder ausgeschaltet werden.

Auch als Schlafmittel kommen Morphin, Opium und verwandte Pharmaka nicht in Betracht, es sei denn, daß die Schlaflosigkeit durch heftige Sehmerzen verursacht ist, und daß aus diesem Grunde unter Berücksichtigung der oben angeführten Einschränkungen Opiate angebracht sind. Dagegen ist die essentielle Agrypnie, da sie auf Übererregbarkeit oder Erregbarkeitssteigerung im rezeptiven Teil des Nervensystems beruht, zweckmäßig mit den Hypnotika der Fettreihe, dagegen die durch psychomotorische Übererregbarkeit bedingte Schlaflosigkeit mit den Sedativa Baldrian, Hopfen, Brom zu behandeln.

Zum Schluß noch einige Worte über die Entziehung bei Morphinismus und bei den durch die übrigen Opiate verursachten Suchten. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist die wirksame (und allein eine solche Maßnahme hat natürlich Sinn) Entziehung nur in geschlossener Anstalt möglich und deshalb vom praktischen Arzt sowohl im Interesse des Süchtigen als auch der Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches abzulehnen. Dasselbe gilt für den Kokainismus. Aus diesem Grunde sollen hier die verschiedenen Entziehungsmethoden unberücksichtigt bleiben, dagegen noch erwähnt werden, daß die von einer gewissen Seite angepriesenen sogenannten „Entziehungsmittel“ bisher fast alle rauschgifthaltig (Opiate, Kokain) befunden wurden; hierher gehören das früher in seiner Zusammensetzung geheim gehaltene, jetzt mit 0,2 Proz. Morphin deklarierte Eumekon (siehe Mitteilungen von Joël) und das Morphin und Kokain enthaltende Trivalin. Einen Morphinisten mit Kokain entwöhnen zu wollen, oder ein ähnliches anderes Verfahren anzuwenden, ist schlechthin ein unverantwortliches Vorgehen.

Gerade die streng einschränkenden Bestimmungen über die Verordnung von Rauschgiften erleichtern dem praktischen Arzt seinen oft schweren Stand gegenüber dem Rauschgift heischenden Süchtigen, setzen den Arzt ferner in den Stand, viel wirksamer den Süchtigen zur Aufnahme in eine Entziehungsanstalt zu bewegen, die vorläufig noch nicht zwangsweise geschehen kann und deren Herbeiführen auf gütlichem Wege das Ziel psychischer Beeinflussung des Süchtigen durch den Arzt darstellen muß.

Kokain.

Beim Kokain, von dessen pharmakologischen Wirkungen für die praktische Medizin nur die periphere Schmerzaufhebung durch spezifische Lähmung der sensiblen Nervenendigungen und -bahnen von Bedeutung ist, ist die Einengung

[10]) In Form von Liquor Uzara oder in Uzaron-Suppositorien.

der Indikationsbreite in viel höherem Maße möglich als beim Morphin und den Opiaten überhaupt.

Es besteht schon jetzt keine Veranlassung mehr, dem Kranken überhaupt Kokain in irgendeiner Zubereitung, geschweige denn, was schon bestimmungsgemäß unzulässig ist, in Substanz in die Hand zu geben. Selbst die Kokainaugensalbe, die wohl in der Praxis noch angewendet werden muß, sollte „zu Händen des Arztes" verschrieben und nur in der Sprechstunde (zu der das Erscheinen des Kranken doch notwendig ist, falls er wegen einer Hornhautverletzung usw., in Behandlung steht) angewendet werden. Nur in der Sprechstunde und in der Krankenanstalt dürften auch Kokainlösungen zur Anästhesie der Augen und der oberen Luftwege, bei deren Erkrankungen allein das Kokain unentbehrlich ist, angewandt werden. Kokain etwa innerlich bei Ulcus ventriculi oder als Schnupfpulver zu verordnen, ist unverantwortlich und sollte als Kunstfehler gelten, da hier Anästhesin und andere „Ersatzmittel" des Kokains dasselbe leisten. Die „Ersatzmittel" des Kokains, besonders das Novokain und die ihm verwandten Pharmaka, haben das Kokain schon längst aus der Infiltrations-, Leitungs-, Lumbal- und Sakralanästhesie restlos verdrängt, und als Oberflächenanästhetikum hat das Kokain in dem rechtsdrehenden Pseudokokain, dem nach bisherigen Erfahrungen bezüglich Rauschgiftwirkung ungefährlichen Psikain einen bedeutenden, wenn auch nicht ebenbürtigen Gegenbuhler erhalten. Wenn sich die bisherigen Erfahrungen bestätigen, ist in dem neuen, auch chemisch neuartigen Lokalanästhetikum Perkain[11]) ein Pharmakon gefunden, das gerade als Oberflächenanästhetikum außerordentlich wirksam ist und zwar in dieser Hinsicht 10 mal stärker ist als Kokain, aber nur 5 mal giftiger als Kokain sein soll. Sollte sich das Perkain wirklich als voller Kokain-„Ersatz" bewähren und keine Suchtwirkung in sich bergen, dann wäre die Möglichkeit gegeben, das Kokain ebenso wie das jetzt schon völlig entbehrliche Heroin im Interesse der Volksgesundheit vollständig auszumerzen und damit den Kokainismus, der in vieler Hinsicht (größere Ausbreitung, leichtere Möglichkeit der Verbreitung und Verführung, größere Kriminalität der Kokainisten) schädlicher ist als die Opiatsuchten, den Boden zu entziehen.

[11]) Perkain ist nicht wie Novokain und die meisten Kokainersatzmittel ein Benzoesäurederivat sondern ein synthetisches Chinolinderivat, hergestellt von der Ges. f. Chem. Ind. Basel (Ciba).

Andere Rauschgifte.

Andere Rauschgifte können hier ganz kurz behandelt werden. Haschisch, das aus dem indischen Hanf gewonnene Rauschgift der Orientalen, ist zwar der „Genfer Konvention" unterstellt, dürfte aber in Deutschland jetzt und hoffentlieh auch später belanglos sein. Die Verordnung von Präparaten des Indischen Hanfes (Extr. Cannabis ind., Tct. Cannabis ind., Cannabinonum), die früher als Hühneraugenmittel Verwendung fanden, sind obsolet, sie sind jedenfalls durch andere Pharmaka zu ersetzen. Die Solanaceenalkaloide, insbesondere Hyoscyamin und Atropin, die im Altertum und Mittelalter eine große Rolle als Rauschgifte (Aufregungszustände, Sinnestäuschungen jeder Art) gespielt haben, kommen hoffentlich nie wieder in Frage. Pharmakologisch wären sie jedenfalls nicht zu ersetzen, das Atropin ist immerhin eins unserer wichtigsten Pharmaka. Bedeutsamer könnten vielleicht als Rauschgifte werden das Meskalin (Alkaloid aus mexikanischen Kakteen), ferner das Banisterin (Alkaloid aus Banisteria Caapi) und das mit Banisterin vollständig übereinstimmende Harmin der Steppenraute (Peganum Harmala). Während Meskalin keine pharmakologischen Wirkungen aufweist, die seine Anwendung in der praktischen Heilkunde rechtfertigen könnten, werden Banisterin und Harmin bei den Folgezuständen der Encephalitis lethargica besonders gegen die Parkinsonschen Starrezustände empfohlen und es wird, da die Rauschwirkung dieser Pharmaka feststeht (Lewin), die Verordnung auf das Nötigste zu beschränken sein, weshalb auch diese Mittel bereits dem Rezeptzwang unterstellt sind (siehe oben). Der Alkohol ist in diesen Ausführungen absichtlich nicht erwähnt worden, weil er in Deutschland keinen einschränkenden Bestimmungen unterliegt; dabei soll aber nicht etwa die Bedeutung des leider als Rauschgift in Gestalt des Alkoholismus wirtschaftlich und sozial sehr in Frage kommenden Alkohols herabgesetzt werden.

Zusammenfassung.

Es wurde die Rauschgiftgesetzgebung kurz geschildert, sodann der Wert und die Indikation der dem Opiumgesetz unterliegenden Rauschgifte erörtert und daraus der Schluß gezogen, daß die Verordnung des Morphins und der Opiate weitgehend, die des Kokains in der Praxis fast vollkommen ohne Nachteil für die Kranken umgangen werden kann. Hierdurch werden dem praktischen Arzt die Wege gewiesen, auf denen er wirksam an dem im Interesse der Volksgesundheit notwendigen Kampf gegen den Rauschgiftmißbrauch mit der bestmöglichen Waffe, der Prophylaxe der Suchten, teilnehmen kann.

Standesangelegenheiten.

Ärztliches vom „6-Tage-Rennen".

Von

Dr. **Hans Conrad** in Berlin.

Die Tätigkeit eines Arztes bei einem 6-Tage-Rennen ist so vielseitig und interessant, daß es sich wohl verlohnt, darüber zu berichten.

Wer etwa der Ansicht ist, daß der Arzt auf einem solchen Rennen nur zur Versorgung der durch Stürze hervorgerufenen Schädigungen und Verletzungen da ist, begeht einen großen Irrtum. Selbstredend steht diese Art der Betätigung sichtbar im Vordergrund, aber nach meinen Erfahrungen im Verlaufe von 12 „6-Tage-Rennen", ist „kein Ding unmöglich".

Bevor ich auf Einzelheiten eingehe, möchte ich vorausschicken, daß es nur möglich ist mit Erfolg ärztlich einem derartigen Rennen vorzustehen, wenn man Lust und Liebe zur Sache hat, wenn man das restlose Vertrauen von Fahrern und letzten Endes auch der Pfleger hat. Das sind nach meinem Dafürhalten und Erfahrungen auch aus unzähligen anderen Bahnrennen die Imponderabilien für ein gedeihliches Arbeiten bei diesem nervösesten aller nervösen Betriebe.

Erstaunt wird sicher die Gegenfrage lauten: „nervös"? „Der Sportsmann kennt doch keine Nerven!" Und doch ist nach meiner Kenntnis der Materie für alle Beteiligten, insonderheit selbstredend für die Fahrer, dieser Riesenwettbewerb eine Zerreißprobe für die Nerven.

Von 24 Stunden befindet sich der Fahrer 21 Stunden auf der Bahn und nur während drei Stunden hat er zusammenhängend, während der sogenannten „Neutralisation", Schlaf. An entspannendes Ausruhen ist während der Zeit in der Koje auf der Bahn natürlich nicht zu denken, denn in den „ruhigen" Stunden erfolgt die Ablösung zirka alle 20—30 Minuten, einer Zeitspanne, die zum erfrischenden Schlaf viel zu kurz ist. So kommt es denn, wie ich es so und so oft schon erlebt habe, daß ein Fahrer in den eben erwähnten „ruhigen" Phasen des Rennens auf dem Rade einschläft, was natürlich einen Sturz zur Folge hat. In die Zeit, die der Fahrer nicht auf dem Rade sitzt, fällt natürlich auch das Einnehmen von Mahlzeiten, Massagen, Wäschewechseln, Waschungen usw. und endlich auch die Arztvisite mit anschließendem Verbandwechseln. Man sieht also, daß schon aus diesen Gründen zum Schlafen keine Zeit bleibt. — In den Stunden, wo Jagden zu erwarten sind, — natürlich kann jeden Augenblick eine solche losbrechen, — erfolgen die Ablösungen aller 5—10 Minuten. Während einer Jagd, die Stunden währen kann, die immer wieder losbricht, kommen meistens auch die abgelösten Fahrer nicht vom Rade herunter, denn es gilt ja sofort zum Einspringen bereit zu sein, nicht erst Zeit zu verlieren mit Aufstehen, Festschnallen der Fußriemen usw. Die Rechnung, die mir einmal ein Herr vorrechnete, nämlich daß so ein „6-Tage-Rennen" gar nicht so schlimm sei, stimmt also doch nicht so ganz. Der Betreffende, und viele werden es wohl auch ohne zu überlegen tun, rechnete wie folgt: 145 Stunden : 2 = 72,5, davon gehen für jeden noch pro Tag 3 Stunden Neutralisation ab $6 \times 3 = 18$, verbleiben also 54,5 Stunden, was für jeden also 9 Stunden am Tage im Sattel bedeutet! — Nach dem Vorangehenden sind wir aber schon eines anderen belehrt worden.

Um gleich einmal bei der „Neutralisation" zu bleiben, so muß die Feststellung gemacht werden, daß diese 3 Stunden Fahrens in der menschenleeren Halle, ohne das Stimulans der Musik, ohne jedwede Ablenkung, nach Aussagen der Fahrer mit die schwersten Stunden des Rennens, was Nervenanspannung anbelange, seien. Auch für den in dieser Zeit ruhenden Partner bedeuten die 3 Stunden nicht immer ausruhenden, erholenden Schlaf. Ich kenne sehr viele Fahrer, die nicht einschlafen können, die von unruhigen Träumen immer und immer wieder aufgeschreckt werden, ja es sind mir sogar Zwangsvorstellungen bekannt geworden. Sedativa müssen da verabfolgt werden, was natürlich auch wiederum ein zweischneidiges Schwert ist, denn nach 3 Stunden soll ja der Fahrer wieder aufs Rad!

Noch eine andere Gefahr bringt die Ruhezeit für einen z. B. auch durch Stürze mitgenommenen Fahrer in sich. Wie jeder aus Erfahrung weiß, neigt der erschöpfte, unausgeruhte Mensch zu Handlungen und kommt zu Entschlüssen, die er sonst nicht treffen würde. Der „6-Tage-Fahrer" leidet, wie wir später auch unter anderen Umständen noch sehen werden, unter einer „Aufgabepsychose". Es ist unendlich schwer, einen solchen Fahrer von seinem meist völlig unbegründeten Vorhaben abzubringen. Nur auf Grund persönlicher Beziehungen gelingt es oft, ihn wieder auf das Rad zu bringen; genau muß man wissen, was bei dem einen, was bei dem anderen verfängt. Nun hat man zu diesen Überredungskünsten nicht die Zeit, wie man sie z. B. in der Klinik auf einen Fall verwenden kann. — Das Rennen geht weiter, der Partner will abgelöst werden und meistens ereignet sich ausgerechnet gerade dann ein Sturz, der die Gegenwart des Arztes dringend fordert, wenn man schon den Erfolg seiner Bemühungen winken sieht. Der Wettfahrausschuß will wissen, ob der Fahrer wieder ins Rennen geht, denn sonst gibt es Verlustrunden; „Neutralisation" in den Stunden von 12 Uhr mittags bis 6 Uhr früh kann nur der Arzt geben, oder sie tritt automatisch bei Materialschäden ein. Wir sehen also, daß der Arzt auch eine genaue Kenntnis der Wettfahrbestimmungen haben muß, will er nicht durch seine Entscheidungen, die natürlich dadurch unberührt bleiben, sich aber sinngemäß dem ganzen anpassen müssen, den Betrieb des „6-Tage-Rennens" noch mehr komplizieren. Das Wort „Neutralisation" ist für den Fahrer der Inbegriff alles Erstrebenswerten, denn sie bedeutet für ihn und teilweise für seinen Partner Ruhe, Pause in einer Jagd. — Es bedarf langer Zeit und großer Übung bei Stürzen, vor allem bei Massenstürzen die „Spreu vom Weizen" zu scheiden. Ein solcher Sturz sieht meist schwerer aus, als er ist. Nach Maßgabe eigner Unfälle, auch nach der „männlichen" Auffassung mancher Zuschauer, die glauben etwas „auszuhalten", würden aber trotzdem die meisten Stürze doch noch genügen, um uns für einige Stunden vom Radfahren fernzuhalten. Es gibt nun natürlich auch unter den Rennfahrern „Nutznießer" solcher Situationen, die verhältnismäßig leicht gestürzt, nun versuchen im Trubel eines Massensturzes den Arzt zu täuschen, um möglichst lange Zeit für sich, z. B. schon bei der Untersuchung herauszuholen. Das altbewährte

Ammoniak in einer Spezialverpackung tut aber auch hier seine nützliche Pflicht! Ein großes Maß der Verantwortlichkeit liegt natürlich darin, einem Fahrer nach einem Sturz zu sagen: „In 10 Minuten fahren Sie weiter!" Es bedarf bei zweifelhaften Fällen selbstredend der ständigen Nachprüfung und Beobachtung des Fahrers während des Rennens usw. Andererseits gibt es auch Fahrer, die dem Arzt keine Zeit zur Untersuchung lassen, sondern im Taumel des Rennens sofort weiterstürmen. So fuhr z. B. ein Italiener eine ganze Jagd mit gebrochenem Nasenbein weiter. Seine Pfleger hatten ihm zunächst einfach die blutende Nase mit „Eisenchloridwatte" ausgestopft!

Durch die vielen Rennen bekommt man aber, besonders wenn man den Sturz selbst sieht, einen gewissen Blick für die Schwere des Unfalls. Genau wie die Jockeys besitzt der routinierte Fahrer eine gewisse Übung im Stürzen; ein Wegdrehen der Schulter im letzten Augenblick, ein Abdecken des Kopfes mit dem richtigen Arm bewahrt den Fahrer oft vor schweren Folgen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß Stürze während einer Jagd, abgesehen von Hautabschürfungen und Weichteilverletzungen verhältnismäßig viel weniger Frakturen zeitigen, als die Stürze bei langsamer Fahrt. Ich glaube es mir so erklären zu können, daß während des 50-km-Tempos einer Jagd alle geistigen Funktionen aufs äußerste konzentriert sind, die Muskulatur des Körpers gestrafft und teilweise in höchster Aktion ist, daß ferner im Unterbewußtsein der Gedanke an einen Sturz vorhanden ist, so daß bei einem Unfall sich eine Sturzabwehr instinktmäßig abwickelt. Die angespannte Muskulatur umgibt dabei schützend das Knochensystem. Anders bei einem Sturz in langsamer Fahrt, wo sich der Fahrer gedanklich mit anderen nicht mit dem Rennen zusammenhängenden Dingen beschäftigt, wo er rein mechanisch fährt. Hier muß er sich, nach meiner Auffassung, bei einem Unfall, z. B. durch Platzen eines Reifens, erst wieder umstellen auf: Rennen, Sturz. Diese Zeitspanne genügt, um ihn, nennen wir es „undiszipliniert" aufschlagen zu lassen. Luxationen und Frakturen, Kopf- und Gesichtsverletzungen sind dann meistens die Folgen. Hierher gehören auch die Stürze, hervorgerufen durch die leider noch immer viel angewandten „Dopings", die nach der „Peitsche" auf die Leistungsfähigkeit des Körpers je nach der Art der in den Dopings enthaltenen Gifte, den Fahrer in eine Art Rauschzustand versetzen, der ihn die Gefahr nicht mehr richtig abschätzen läßt.

Die Domäne der Sturzverletzungen sind die Hautabschürfungen; wir bekommen sie von der oberflächlichsten bis zur völligen Zerstörung des Epithels zu sehen.

Die Behandlung führe ich neuerdings, nachdem ich in diesem Sommer bei den Bahnärzten in Amerika gute Erfolge damit gesehen habe, mit einer Merkurochromlösung durch, die dieselben Wirkungen des Jods hat, aber, da sie eine wässerige Lösung ist, keinerlei schmerzhaftes Brennen bei dem Auftragen auf die Wunde hervorruft. Verbandwechsel müssen sehr häufig vorgenommen werden, da der Wundbelag durch Schweiß und Massagemittel verunreinigt wird. An zweiter Stelle sind Riß- und Quetschwunden zu nennen, meist hervorgerufen durch Aufschlagen auf Fahrradteile, wie Pedale, zerbrochene Felgen usw. Zu erwähnen sind auch die häufigen Holzsplitterverletzungen. Zur Extraktion der manchmal beträchtlich langen Splitter benutze ich ein dazu besonders konstruiertes Instrument. Häufig muß man jedoch zur Exzision schreiten, besonders bei im Wundkanal zerbrochenen Splittern.

An dritter Stelle möchte ich die Frakturen rangieren lassen. Eigentlich müßte man annehmen, daß durch das Festschnallen der Füße an die Pedale vor allem Brüche und Verrenkungen der unteren Extremität an der Tagesordnung wären. In den $3^1/_2$ Jahren meiner Bahnarzttätigkeit habe ich bisher aber noch keine als Sturzfolge zu sehen bekommen. Sehr häufig sind dagegen Klavikularfrakturen, dann Brüche der Finger, seltener schon sind Unterarmbrüche, während ich als Fraktur des Oberarms resp. des Schultergürtels gesondert mehrfach Einbrüche der Cavitas glenoidalis gesehen habe. Gehirnerschütterungen sind verhältnismäßig häufig. Daß auch ständig Muskel- und Bänderzerrungen, Prellungen und Verstauchungen in Behandlung kommen, ist selbstverständlich.

Als früher die „Manager" noch nicht so erfahren in der Körperpflege waren, kam es häufig zu Entzündungen der Sehnenscheiden, besonders an der unteren Extremität, zu Bursitiden, besonders der Bursa achillea und vor allem zu Arthritiden des Kniegelenks. Jetzt wird durch Massagen mit allen erdenklichen Mitteln (hauptsächlich jodhaltige Medikamente) heiße Packungen, geeignete Ruhelagerung der Kniegelenke (Luftkissen) diesen Schädigungen nach Möglichkeit vorgebeugt.

Dasselbe gilt auch von den sogenannten „Sitzbeschwerden". Es handelt sich hierbei um Infektionen der Gesäßhaut, die ich von Follikulitiden über Furunkel, Karbunkel bis zur schweren Phlegmone erlebt habe. Diese Krankheitsbilder waren früher leider sehr häufig. Aber auch hier haben unsere deutschen Helfer viel von der in dieser Art vorbildlichen amerikanischen Körperpflege gelernt, so daß jetzt, wo wir prophylaktisch, z. B. durch „Gerbung" mit Salizylalkohol arbeiten, diese Erscheinungen fast zu den Seltenheiten gehören. Die Infektionen sind sehr floride. Den Grund hierfür glaube ich in zwei Umständen finden zu können; erstens sind Haut- und Unterhautzellgewebe durch den ständigen Druck des Sattels und mazerierenden Schweiß geschädigt, zweitens kommt vielleicht auch eine geringere Abwehrreaktion des übermüdeten Organismus in Betracht, beides also Faktoren, die das schnelle

Fortschreiten und Ausbreiten einer Infektion begünstigen. Gerade dieser Körperteil und besonders die untere Ansatzstelle des Skrotums müssen ständig durch Waschungen, mit Salben, usw. gepflegt werden. Mehrfach am Tage wird die Spezialunterkleidung gewechselt. Zeigen sich am letzten Tage doch noch diese Krankheitserscheinungen, so wenden die Pfleger Salben mit Kokain- und Anaesthesinzusätzen an, die natürlich nicht heilend wirken können, aber es den Fahrern tatsächlich ermöglichen, das Rennen verhältnismäßig schmerzfrei zu Ende bestreiten zu können. Interessant ist vielleicht noch die Erwähnung der Tatsache, daß durch den ständigen Satteldruck, besonders der Sattelspitze, die Gegend des unteren Skortalansatzes zirka taubeneigroß verdickt wird, eine Erscheinung, die beinahe wie ein dritter Hoden wirkt. —

Von für das „6-Tage-Rennen" typischen inneren Erkrankungen, auch hier kann natürlich alles vorkommen, steht an erster Stelle die bei den Fahrern sehr gefürchtete Obstipation. Sie ist als ein Darniederliegen der Darmfunktion durch die ungeheure und fortgesetzte Körperüberarbeit aufzufassen, gleich derselben Erscheinung wie sie beim sogenannten „Übertraining" bekannt ist. Auch dieses Schreckgespenst ist durch prophylaktische Gaben geeigneter Stuhlgleitmittel fast restlos gebannt.

Wie ja nur allzu leicht erklärlich, entstehen durch die rauchige und stets staubige Luft in der Halle, nicht zum letzten auch durch den ständigen Luftzug des fahrenden Feldes Katarrhe der oberen Luftwege, Bindehautentzündungen der Augen. Die Therapie ist auch hier die allgemein übliche, wobei uns u. a. kleine Inhalatoren und das Tragenlassen von Schutzbrillen gute Dienste leisten.

Das Schwierige bei der ganzen Behandlung während eines „6- Tage- Rennens" liegt darin, daß man nur in ganz seltenen Fällen das schädigende Moment ausschalten kann, und daß alles schnell und ohne den Fahrer im Rennen zu behindern ausgeführt werden soll. Außerdem befinden sich die Fahrer durch die Strapazen in einem hochgradigen nervösen Reizzustand, der sie meist überempfindlich gegen Schmerzen macht. Die Arzttätigkeit ist daher nicht immer leicht und erfordert viel Geduld und Ruhe. Da die ärztliche Überwachung des Feldes aus vielen Gründen in einer Hand liegen muß, so bedingt das einen zirka 18stündigen Dienst am Tage!

Ich möchte diesen kurzen Überblick nicht schließen, ohne das Kapitel „Verpflegung" erwähnt zu haben. — Daß der „6-Tage Fahrer" einer besonders hochwertigen, aber doch leicht verdaulichen Ernährung bedarf ist selbstverständlich. Andererseits bieten aber die Mahlzeiten nichts Außerordentliches in bezug auf ihre Zusammensetzung. Während früher jede Mannschaft ihre Küche für sich hatte, so führte man bei den letzten Berliner „Six days", ebenfalls nach amerikanischem Muster, die sogenannte „Gemeinschaftsküche" ein, d. h. für alle Mannschaften wurde gemeinsam in einer Küche gekocht. Diese Tatsache ist allein schon ein Beweis dafür, daß die Verpflegung keine abnorme ist, denn sie ist, ohne Ausnahme, den Mägen der internationalen Teilnehmerschaft ausgezeichnet bekommen.

Hier der Küchenzettel, der für sich selbst spricht:

1. Tag. Mittag: Hühnerbrühe mit Schabefleisch und Ei; Schlei blau mit zerlassener Butter; Filetbeefsteak mit grünen Bohnen und gemischtem Salat; Kompott; Apfelsinenspeise. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Stangenspargel mit Setzei; ein halbes Huhn mit gemischtem Salat; Kompott; Griesflammerie.

2. Tag. Mittag: Fleischbrühe mit Einlage, Schabefleisch und Ei; Seezunge in Weißwein; eine junge Taube mit gemischtem Gemüse; Kompott; Salat; Vanillencreme. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Kalbshirn mit brauner Butter und jungen Schoten; Filetbeefsteak mit gemischtem Salat; Kompott; kalter Reis.

3. Tag. Mittag: Fleischbrühe mit Einlage, Schabefleisch und Ei; Fischfilet gebacken; ein halbes junges Huhn mit Spargel und gemischtem Salat; Kompott; Speise. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Spinat mit verlorenen Eiern; Hammelkoteletts mit grünen Bohnen; Kompott; Speise.

4. Tag. Mittag: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Schleie blau mit zerlassener Butter; Filetbeefsteak mit gemischtem Gemüse und Salat; Creme Caramel. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Kalbsmilch in Butter mit jungen Erbsen; ein halbes junges Huhn mit gemischtem Salat; Kompott; Speise.

5. Tag. Mittag: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Fischfilet mit Butter; Kalbssteak mit Spinat und gemischtem Salat; Vanillespeise. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Rührei mit Schinken; Filetbeefsteak mit grünen Bohnen und gemischtem Salat; Zitronencreme.

6. Tag. Mittag: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Schlei blau mit Butter; ein halbes junges Huhn mit Erbsen und gemischtem Salat; Ananascreme. — Abend: Fleischbrühe mit Schabefleisch und Ei; Omelette mit Champignons; Hammelkotelett mit grünen Bohnen und gemischtem Salat; Kompott.

Außerdem ständig vorrätig: Brühe, Fisch, sämtliche Eierspeisen, Kalb-, Ochsen-, Hammel- und Schabefleisch, Hühner und Tauben, Erbsen, Bohnen, Spargel, Chicoré, Spinat usw. kalter Reis, Süßspeisen, Haferschleim, Fruchtsalat, diverse Kompotte, frisches Obst (Äpfel, Bananen, Apfelsinen, Trauben usw.), Keks, Gebäck, Schinken roh und gekocht, verschiedene Wurstsorten, Konfitüren, Honig, Milch, Fachinger, Chianti, Malzbier, Bier, Buttermilch, Kaffee, Tee, Kakao usw.

Die Beköstigung erscheint auf den ersten Blick fast überreichlich, ist es aber tatsächlich nicht, wenn man sich den Kalorienverbrauch während der intensiven Dauerkraftleistung eines 6-Tage-Rennens errechnen würde.

Da es sich um Berufssportleute handelt, die bemüht sind ihren Körper ständig in „Kondition" zu halten, so sind die Gewichtsschwankungen während eines solchen Rennens nicht erheblich. Es handelt sich meist um Differenzen von durchschnittlich 1,5 bis 3,0 kg. Der routinierte Fahrer kennt diese Zahl und bringt daher stets ein kleines Übergewicht mit.

Es ist bedauerlich, daß sich während des Rennens nicht wissenschaftliche Untersuchungen durchführen lassen. Verständlich ist es aber, denn dem Fahrer ist jede Minute Ruhe kostbarstes Gut. So habe ich auch bis auf einige Gelegenheitsuntersuchungen des Blutbildes, Harnuntersuchungen, Gewichtskurven die Rennen noch nicht wissenschaftlich auswerten können.

Am Ende meiner Ausführungen möchte ich noch einige Worte über die „technische Einteilung" des ärztlichen Dienstes sagen: Es steht mir mein altbewährter in ca. 36 „6-Tage-Rennen" erprobter Heilgehilfe zur Verfügung und außerdem noch zwei eingeübte Helfer. Im Kabinenhof befindet sich das Behandlungszimmer, das nach langjähriger Erfahrung zu einer Spezialstation in bezug auf Ausrüstung geworden ist.

Nach Möglichkeit suchen wir aber die Benutzung dieses Raumes zu vermeiden, denn ich habe nur allzu oft die Feststellung gemacht, daß der gestürzte Fahrer in der Ruhe und Abgeschiedenheit der Sanitätsstation ohne das fehlende Stimulanz des Rennbetriebes Gedanken an Aufgabe des Rennens bekommt. Wie schwer es ist, besonders wenn seine Aussichten im Rennen keine guten sind, einen solchen Fahrer wieder auf die Bahn zu bringen, davon kann man sich kaum eine Vorstellung machen. Es zeigt sich hierbei also dasselbe Bild der bereits oben erwähnten „Aufgabepsychose".

Ich habe deshalb an der Fahrbahn eine „Sanitätskoje" nach Art der Fahrerkojen errichten lassen, in der griffertig alles zur ersten Behandlung bereit steht. Wenn es die Art der Verletzung nur irgendwie erlaubt, versuche ich hier oder in der Koje des Fahrers aus den oben dargelegten Gründen die Behandlung durchzuführen.

Ich hoffe, mit meinen kurzen Ausführungen, die keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit machen sollen, einen Einblick in die mannigfaltige Tätigkeit des 6-Tage-Arztes gegeben zu haben.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 18. Dezember 1929 machte Herr Simenauer (a. G.). vor der Tagesordnung eine kurze Mitteilung. Ein einfacher Ersatz der intravenösen Kochsalzinfusion für den Praktiker. Durch die intravenöse Injektion von 30 ccm 40proz. Traubenzuckerlösung wird in weitaus den meisten Fällen in 3—5 Minuten derselbe Effekt erzielt wie durch die Infusion großer Mengen isotonischer Flüssigkeiten: eine vorübergehende lebenskräftige Auffüllung des Gefäßsystems mit ihrem bekannten Nutzen für die Zirkulation. Im Tierversuch und am Menschen tritt eine Flüssigkeitsvermehrung um 10—20 Proz. ein. Es wird somit für die intravenöse Anwendung des Traubenzuckers eine neue Indikation aufgestellt, die überall dort besteht, wo bislang die Kochsalzinfusion in Anwendung kam: also bei Blutverlusten und im Shock; auszunehmen sind Kranke mit langdauernden Wasserverlusten. Die beschriebene Methode besitzt vor der Infusion großer Flüssigkeitsmengen den Vorteil einfacher rascher Handhabung für den Praktiker (Selbstbericht). In der Tagesordnung hielt Herr Frei einen Vortrag: Eine noch wenig bekannte, auch in Berlin vorkommende Geschlechtskrankheit, die Lymphogranulomatosis inguinalis, ihre Folgeerscheinungen und ihre Bekämpfung. Die Lymphogranulomatosis inguinalis hat trotz ihres Namens mit der echten Paltauf-Sternbergschen Lymphogranulomatose nicht das mindeste zu tun, sondern stellt eine Infektionskrankheit sui generis, und zwar eine Geschlechtskrankheit, dar, die sich hauptsächlich in torpiden Leistendrüsenschwellungen und -eiterungen („strumösen Bubonen") äußert, mitunter verbunden mit leichten Läsionen am Genitale, dem sogenannten Chancre lymphogranulomatosique. Ihr Charakter als Geschlechtskrankheit wird vor allem durch das Vorkommen von „Partnerfällen" erwiesen, wie sie auch Vortragender schon mehrfach — u. a. auch einmal eine Gruppe zu dritt — beobachtet hat. Zur Sicherung der Diagnose dient eine vom Vortragenden angegebene Hautreaktion, für die verdünnter sterilisierter L. i.-Bubo-Eiter als Antigen benutzt wird, und deren Spezifität durch zahlreiche Untersuchungen (Univers.-Hautkliniken Lausanne, Wien, Stockholm, Prag, Madrid, Belgrad; Tropeninstitute Hamburg, Rotterdam u. a.) erwiesen ist. Durch diese Probe und zugleich noch auf anderem Wege hat sich feststellen lassen, daß der klimatische Bubo mit der L. i. identisch ist, und daß ferner die Esthiomène (Ulcus chron. eleph. vulvae, ani et recti) eine Folgeerscheinung der Krankheit darstellt. Zur Behandlung hat F. — noch in Breslau — hauptsächlich Antimonpräparate, und zwar teils Tartarus stibiat. teils Stibenyl oder Neostibosan, verwendet, die sämtlich, ohne ideale Heilmittel darzustellen, bei genügender Ausdauer einigermaßen Befriedigendes leisten. In Berlin hat F. bisher auf seiner Abteilung zwei klinisch verdächtige, in Abheilung befindliche L. i.-Fälle und einen Esthiomènefall, alle drei mit positiver L. i.-Reaktion bei negativer Ito-Reenstjernascher Ulcus molle-Probe, gesehen, wozu noch einige Fälle von anderen Abteilungen kommen. Eine genauere Durchforschung des Berliner Materials erscheint erwünscht. Eine Einbeziehung der Krankheit in das neue Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wäre verfrüht (Selbstbericht). In der Aussprache hierzu erklärt Herr Joseph es für fraglich, ob nicht eine atypische Art von Ulcus molle vorliegt. Mit dem Freischen Antigen ist auf der Abteilung von Buschke in etwa 50 Proz. der Fälle eine unspezifische Reaktion erzeugt worden. Aus dem Ausfall einer Reaktion eine Hautdiagnose zu stellen ist gewagt. Es ist zweifelhaft, ob es sich um eine Krankheit sui generis handelt. Herr Bruhns hat auf solche Krankheitsfälle geachtet und seitdem gelegentlich die Diagnose stellen können. Zweimal gelang es durch die klinische Beobachtung und zweimal durch die Hautreaktion die Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Für die Therapie ist die Röntgenbestrahlung zu versuchen. Herr C. Benda erbittet Auskunft darüber, ob im histologischen Bild eosinophile Zellen gefunden wurden, wie sie für das echte Lymphogranulom in Betracht kommen. Herr F. Kraus hält den Namen Lymphogranulomatosis bei der Krankheit für eine unglückliche Bezeichnung, da von einer echten Lymphogranulomatose nicht die Rede sein kann. Herr Heinrich zeigt Abbildungen eines Krankheitsfalles, der den vorgestellten Krankheitsfällen ähnelt. Die Beobachtung war in Amerika erfolgt. Schließlich berichtete Herr v. Lichten-

berg über zwei hierher gehörende eigne Beobachtungen. Herr Frei spricht ein Schlußwort. F.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 22. Januar 1930 stellte vor der Tagesordnung Herr Carl Lewin einen Kranken vor mit Recklinghausenscher Krankheit und Situs inversus. Der 35 Jahre alte Mann war wegen Atemnot in Behandlung gekommen. Er wußte von seinem Situs inversus totalis seit 15 Jahren. Die Neurofibromatose betrifft den ganzen Körper. Die Intelligenz des Mannes ist gering. Auf dem Röntgenbilde sieht man einen Lobus venae azygos. In der Aussprache weist Herr Hahn darauf hin, daß man bei Situs inversus totalis auch die Leitungsbahnen für Gefühlsempfindungen vertauscht finden kann. Ebenso können Kombinationen mit Linkshändigkeit vorkommen. Herr Otto Maas macht auf den hohen Grad von Eunuchoidismus bei dem Kranken aufmerksam. Herr Benno Lewy stellte hierauf eine 53 Jahre alte Frau mit Kalkgicht vor. An den Vorderarmen und Händen finden sich eigentümliche Geschwülste, in Reihen angeordnet aber auch vereinzelt. Sie sind flach, erbsen- bis wallnußgroß. Sie machen nur unbedeutende Schmerzen, gehen an den Fingerspitzen in Ulzerationen über, aus deren Tiefe weiße Massen hervorschimmern. Diese Massen sind krümelig und mikroskopisch amorph. Nur an den Fingern ist die Sensibilität leicht herabgesetzt. Die Harnsäure im Blut beträgt 3,5 mg Proz. Es handelt sich um Kalksalze, die unter Salzsäure sich völlig lösen. Außer der Kalkgicht besteht Anazidität. In der Aussprache hierzu fragt Herr Ernst Herzfeld ob der Blutkalkgehalt bestimmt wurde. Herr H. H. Berg macht auf die Bursitis calcarea aufmerksam, bei der es sich um Ablagerungen in die Sehnenscheide des Musculus supraspinatus handelt. Die Beschwerden verschwinden schlagartig unter Röntgenbestrahlungen. Herr Rosenberg betont den Unterschied zwischen Kalkgichtknoten, die in den Kuppen der Finger liegen und den Tophi, die in den Knorpeln, Sehnenscheiden und Gelenken zu finden sind. Kalk gibt einen intensiven Röntgenschatten. Die Bursitis calcarea heilt bei Bewegungen immer rasch aus. In der Tagesordnung hielt Herr Simonson einen Vortrag. Diabetes mellitus, eine Eiweißkrankheit. Theoretische Auseinandersetzungen über die Entstehung des Diabetes. Sie stützen sich auf den zweiten Hauptsatz der Energetik. Die Störungen des Eiweißstoffwechsels sind das Primäre, die pathologische Vermehrung des Blut- und Harnzuckers ist eine konsekutive Erscheinung wie Polyurie und Polydipsie, Neuralgie, Furunkulose und auch die Erkrankung der Inseln. Hierauf hielt Herr H. J. Fuchs einen Vortrag: Beziehungen der Blutgerinnung zu Infektionskrankheiten und innerer Medizin. Die weiteren Untersuchungen über die sich beim Gerinnungsvorgang abspielenden Einzelphasen haben folgende, besonders hervorzuhebende Tatsachen ergeben: es herrscht im kreisenden Blute ein physiologisches Gleichgewicht zwischen dem Prothrombin (= Thrombogen, aktivem, thermolabilem Gerinnungsfaktor, der durch Erwärmen auf 56° C während $^1/_2$ Stunde inaktiviert wird) und dem Antiprothrombin (∼ Heparin, der Glukuronsäure nahestehendes Kohlehydrat, dessen konstante, geregelte Abgabe in den Blutkreislauf zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes — ähnlich wie beim Blutzucker — durch sein Hauptdepot, die Leber, geschieht). Die Blutplättchen enthalten „optimal präformiertes Thrombin“, da in ihnen Prothrombin aber kein Antiprothrombin vorhanden ist. Bei ihrem Zerfall, der unter normalen Bedingungen wegen ihrer großen Labilität sehr schnell nach dem Austritt des Blutes aus dem Kreislauf erfolgt, wird das aus ihnen freiwerdende, aktive Prothrombin durch das Zytozym und die ionisierten Kalksalze des Plasmas sofort zu wirksamem Thrombin verwandelt. Beim Hämophilen, peptonisierten Hunde und Kaninchen nach großer Heparininjektion in den Kreislauf werden infolge des darin enthaltenen Antiprothrombinüberschusses nicht nur die plasmatischen Gerinnungsfaktoren unterdrückt, sondern gleichzeitig den Blutplättchen eine abnorme Stabilität verliehen. Da von letzteren die Länge der Blutungszeit neben der Blutgerinnungszeit abhängt, sind bei den drei erwähnten Fällen die Verlängerungen beider verständlich. Bei hochgradiger Thrombopenie in Gegenwart normaler Plasmafaktoren ist dann nur eine verlängerte Blutungszeit bei normaler Gerinnungszeit vorzufinden. Da weitere Untersuchungen ergeben haben, daß das Prothrombin mit dem Komplementmittelstück identisch ist, ist für die Hämophilie auch die verminderte Infektionsresistenz nun zu erklären. Auf Grund von Feststellungen gemeinsam mit Kraus spielt das aktive Prothrombin weiterhin eine wichtige Rolle bei der Muskelaktion, dieses weist auch auf die Muskelschwäche des Hämophilen, wie des peptonisierten Hundes oder heparinisierten Kaninchens hin. Das Prothrombin, ein aktiver Faktor, der also bei Blutgerinnung, Infektionsabwehr und Muskeltätigkeit eine wichtige Rolle spielt, und sein direkter Antagonist Antiprothrombin sind beachtenswerter Weise die ganze Wirbeltierreihe hindurch anzutreffen und entbehren jeder Artspezifität (Selbstbericht). In der Aussprache hierzu meint Herr Löwenthal, daß einer der Fundamentsteine der Anschauungen von Fuchs noch keineswegs geklärt ist, nämlich die Idendität eines Teils des Komplements mit dem Prothrombin. Es hat sich nicht bestätigen lassen, daß Heparin-Plasma antikomplementär wirkt, im Gegenteil gewöhnliches Heparin-Plasma ist vorzüglich komplementär. Es scheint, daß es einer anderen Technik zuzuschreiben ist, daß die Resultate divergieren. Von allen Antikörpern ist behauptet worden, daß sie nicht in vivo vorhanden sind, sondern erst bei der Gerinnung entstehen. Die Schutzstoffe, die Tiere gegen eine hohe Infektionsdosis schützen, chemisch aber nicht weiter faßbar sind, sind die einzig wahren Antikörper. Das Heparin-Plasma enthält ebenso viel Schutzeinheiten wie das Serum. Herr Fuchs spricht ein kurzes Schlußwort. F.

Das Neueste aus der Medizin.

Bemühungen der Russen, deutsche ärztliche Kreise in stärkerem Maße für die Sowjet-Medizin zu interessieren.

Im Anschluß an die im vorigen Herbst in Moskau und Leningrad abgehaltenen sozialhygienischen Kurse, die deutsche Ärzte aller Richtungen in lebhafter Beteiligung sahen, wurde dort eine „Gesellschaft zur Pflege der ärztlichen Beziehungen zwischen der UdSSR. und dem Auslande“ gegründet, die in diesen Tagen im Hörsaal der zweiten medizinischen Klinik der Charité mit einem Vortragsabend in die Öffentlichkeit trat. „Zwischen den UdSSR. und dem Auslande“ — lies vorerst „Deutschland“! Aus dem Munde von fünf deutschen Ärzten, deren Parteizugehörigkeit oder -Schattierung vom Demokraten bis zum Kommunisten schwankte, hörte man viel Interessantes über die „Sowjetmedizin“, die eine Staatsmedizin ist in viel weiterem Sinne, als wir uns vorstellen können, nicht nur als Dienerin einer nur vom sozial- und gewerbehygienischen Gesichtswinkel gesehenen Volksgesundheit, sondern auch als aktive Trägerin und Propagandistin des staatspolitischen — fast möchte man sagen „staatsreligiösen“ — Glaubensbekenntnisses. Darin liegt zweifellos auch zugleich eine gewisse Gefährlichkeit der Angelegenheit, über die sich einige der Vortragenden, die nicht zugleich Kommunisten waren, vielleicht nicht völlig klar wurden. Nur einer von ihnen, Stadtoberschularzt Dr. Kollwitz, begann mit der Einschränkung: „Der Landessprache bin ich

unkundig, relata refero". Es war die Lage von allen, sie konnten nur sagen, was man sie sehen ließ. So interessant und bemerkenswert es im einzelnen war, — ein Gesamtbild von einiger Zuverlässigkeit ist so nie zu gewinnen. Es ist gar kein Zweifel möglich, daß Unternehmungen wie dieser Abend von ihren Sowjet-Hintermännern als Propagandamittel geistiger Art angesehen und in dieser Absicht veranstaltet werden. Es ist die Frage, wieweit es zweckmäßig ist, mitzutun in dieser Front, deren Schärfe gegen uns selbst gerichtet ist. Medizinische Wissenschaft als geistige Wegbereitung und Mithilfe bei der Weltrevolutionierung — es klingt unseren Ohren grotesk, aber die Herren selbst machen gar kein Hehl daraus. Das erste Heft einer neugegründeten sehr ernsten russischen Fachzeitschrift ist fast nur diesen apostolischen Ideen des Bolschewismus gewidmet. Verfügen wir wirklich über genügend Löschvorrichtungen, um uns dem bis zum Glühen überheizten Kessel so unbedenklich nähern zu können? Sind wir so sicher für uns und unser Land, daß wir uns großmütig zu Handlangern und Helfershelfern des propagandistischen Fünfjahrplans, Schubfach „Medizin", hergeben können?

Waren es nun solche spätgekommenen Bedenken oder andere Hindernisse, es fiel auf, daß der in der pompösen Ankündigung als Vorsitzender der Vereinigung wie als erster Redner zur Diskussion genannte „Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus" abwesend war ebenso wie die hinter ihm auf der Diskussionsliste stehenden Herren Geh.-Rat Klemperer und Prof. Pincus. Einzig Herr Prof. Buschke und Direktor Dr. Schwéers sprachen nach den Vorträgen einige Worte.

Rußland, das einen großen Teil seiner medizinischen Bildung deutschen Lehrstätten, den größten Teil seiner hochgepriesenen sozialen Hygiene deutschen Forschungen und Büchern verdankt, verbietet jetzt seinen Ärzten, angeblich aus Valutagründen, den Besuch des Auslandes. Nicht mehr sollen sie zu uns, wohl aber wir zu ihnen kommen, wo wir imponierende Fassaden zu sehen bekommen, ohne dahinter blicken zu dürfen.

„Eiweißvergiftung."

Der bekannte dänische Ernährungsforscher Hindhede hält sich, wie man hört, zurzeit zwecks Studiums der Gersonschen Diätmethode in dessen Sanatorium in Kassel auf und hat als Gast der Kasseler Ärztevereinigung einen stark besuchten Vortrag über seine Theorie der „Eiweißvergiftung" gehalten, von dem die Tagespresse bereits Notiz genommen hat. Nach Hindhede ist die Eiweißüberernährung die Hauptursache für die wichtigsten „Kulturkrankheiten", nämlich Schlagfluß, Krebs, Leberschrumpfung, Zuckerkrankheit, Nieren- und Herzleiden. Eine Eiweißzufuhr von 40 g täglich ist nach seiner Meinung ausreichend. Der Mensch sei imstande, viele Monate lang einzig von Kartoffeln und Margarine zu leben, oder auch von Schrotbrot und Margarine. Bei einer — nach Hindhede! — zweckmäßigen Ernährung von hauptsächlich Schwarzbrot, Gemüse, Milch und Obst hätte Deutschland aus eigenen Ernten 185 Millionen (!) Menschen erhalten und den Krieg durchhalten können. Europa sei nicht über-, sondern untervölkert und nur unvernünftig ernährt. Es ist zu verstehen, daß auf derartig revolutionäre, autoritär in die Welt geschleuderte Behauptungen hin die Presse, d. h. die Öffentlichkeit in Bewegung gerät. Die Botschaft hört man wohl ... Auch den Kasseler Kollegen fehlte durchaus der Glaube, die Meldungen berichten von einer hitzigen Diskussion, von energischer Gegenrede der deutschen Ärzte. Sie machten geltend, daß das deutsche Klima eine ausgesprochene vegetarische Ernährung nicht zulasse und daß die in Deutschland während der erzwungenen Unterernährung gemachten Erfahrungen zu Schlüssen führten, die Hindhedes Thesen genau entgegengesetzt gerichtet seien.

In der Diskussion nahm auch Gerson das Wort. Er benutzte die Gelegenheit, um von Herrmannsdorfer abzurücken, dem er nach dem Bericht eine Verwässerung seiner Diät vorwarf. Er habe die Eiweißarmut der Gersonkost wieder verringert, gebe auch zu wenig Obst- und vor allem Gemüsesäfte. Er, Gerson, müsse daher für alle etwaigen Mißerfolge Hermannsdorfers die Verantwortung ablehnen.

Ein Kommentar zu dem allem dürfte sich erübrigen.

Über Versuche an „künstlichen Netzhäuten"

berichtete F. Weigert in Leipzig in einen Vortrag. Er versteht darunter sehpurpurhaltige Gelatineplatten, deren Sehpurpur von Froschnetzhäuten stammt. Zusammen mit seinem Mitarbeiter Nakashima konnte Weigert zeigen, daß der Sehpurpur sich genau so verhält wie andere leichtempfindliche Farbstoffe und wie die Photochloride. Auf dem Boden seiner Versuche kommt Weigert zu einer neuen Theorie des Farbensehens, die zum Unterschiede von älteren bekannten Hypothesen als eine „Anpassungstheorie des Farbensehens" bezeichnet werden kann.

Das Unbehagen in der Kultur.

Aus des greisen Sigmund Freuds Feder liegt ein neues Buch vor und behandelt soziologisch-philosophische Fragen. Dr. Richard Wolf.

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für März 1930. Auf Welle 1649 über Königswusterhausen. 7. März 19.30—19,45 Uhr Prof. Dr. Rosenow (Berlin): Differentialdiagnose der Milztumoren; 19,45—19,50 Uhr: Das Neueste aus der Medizin. 21. März 19,30—19,45 Uhr Prof. Dr. Schlayer (Berlin): Grundzüge der modernen Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten; 19,45—19,50 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

Ein Ferienkurs über Spektroskopie, Interferometrie und Refraktometrie wird im Zoologischen Institut der Universität Jena (Schillergäßchen) vom 26. März bis 1. April von Prof. P. Hirsch, Oberursel i. T. und Dr. F. Löwe, Jena veranstaltet. Näheres durch Herrn A. Kramer, Jena, Schützenstr. 72. Dorthin werden auch Anmeldungen bis zum 22. März erbeten. L.

Am 16. Februar d. J. verstarb der bekannte Berliner Dermatologe **Edmund Saalfeld.** Sein Lieblingsgebiet war die Kosmetik. Erst in den letzten Jahren hat er eine Arbeitsgemeinschaft kosmetisch tätiger Ärzte gegründet, der außer Dermatologen Chirurgen, Augenärzte, Gynäkologen und Nasenärzte angehören. Trotz seiner umfangreichen Praxis ist Saalfeld ständig wissenschaftlich tätig gewesen und hat eine Reihe bedeutender Arbeiten auf seinem Sonderfach veröffentlicht. Auf dem Gebiet des ärztlichen Fortbildungswesens war er erfolgreich tätig und hat jahrelang stark besuchte Kurse über sein Spezialgebiet gehalten. Das ärztliche Fortbildungswesen wird ihm ein dauerndes dankbares Gedenken bewahren.

Ehrung von Professor Dr. Paschen (Hamburg). Das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten hatte anläßlich des Ausscheidens des Leitenden Oberarztes der Staatsimpfanstalt, Prof. Dr. Paschen, die Hamburger Ärzteschaft zu einem wissenschaftlichen Ehrenabend für Prof. Paschen eingeladen. Prof. Dr. Nocht wies auf die großen Verdienste hin, die sich Prof. Paschen nicht nur um den Ausbau des Hamburger Impfwesens, sondern auch ganz besonders um die wissenschaftliche Erforschung der Pockenkrankheit erworben hat. Den Studien Paschens war es schon im Jahre 1907 gelungen, bei Pocken feinste Körperchen, die sogenannten Paschenschen Initialkörperchen, zu entdecken, deren Erforschung er seitdem rastlos weiter verfolgte und die — wie Prof Nocht sagte — wohl bald allgemein für die Erreger dieser Seuche anerkannt sein dürften. In fast 30jähriger freundschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Tropeninstitut förderte Prof. Paschen auch ganz wesentlich den Ausbau der Methoden der Lymphgewinnung und Pockenimpfung in den Tropen. Prof. Nocht begrüßte es besonders, daß Prof. Paschen der Einladung, seine weiteren wissenschaftlichen Forschungen im Tropeninstitut fortzusetzen, angenommen hat. Prof. Paschen gab dann in einem durch zahlreiche Lichtbilder erläuterten Vortrag eine zusammenfassende Übersicht über die Frage: „Alastrim und Pocken."

Mit dem Ableben von Geh. San. Rat Dr. **Schwalbe,** der am 17. Februar d. J. plötzlich an einer Angina pectoris verstarb, scheidet eine der bekanntesten Persönlichkeiten des deutschen medizinischen Schrifttums aus dem Leben. Nicht nur als langjähriger Schriftleiter der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" sondern auch durch Herausgabe des „Handbuchs der praktischen Medizin" und der „Therapeutischen Technik für die ärztliche Praxis" ist er weiten deutschen Ärztekreisen bekannt geworden. Schwalbe hat ein Alter von 67 Jahren erreicht.

San.-Rat Dr. Karl Bok †. Am 14. Januar starb der Führer der Württembergischen Ärzte Karl Bok im 65. Lebensjahr. Bok war lange Jahre hindurch Vorsitzender des Landesausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen in Württemberg und hat als solcher lebhaft und erfolgreich an dem Ausbau und der Durchführung des ärztlichen Fortbildungswesens in seinem Heimatlande mitgewirkt. Noch kurz vor seinem Tode leitete er einen Zyklus von Fortbildungsvorträgen über die Entstehung der Tuberkulose. Wir gedenken seiner in Dankbarkeit und werden sein Andenken stets in Ehren halten. A.

Vorstandswahl in der Berliner medizinischen Gesellschaft. Geh.-Rat Prof. Kraus hatte in einem Schreiben, das verlesen wurde, abgelehnt, die auf ihn gefallene Wahl zum ersten Vorsitzenden anzunehmen. An seiner Stelle wurde darauf Geh.-Rat Prof. Goldscheider gewählt. Zu stellvertretenden Vorsitzenden wurden gewählt die Herren Prof. Fedor Krause, Prof. v. Bergmann und Dr. Gustav Ritter. Der bisherige erste Schriftführer, Geh.-Rat Prof. Benda, erklärte, diesen Posten nicht weiterführen zu können und bat, an seiner Stelle den bisherigen zweiten Schriftführer, Prof. Dr. Adam zu wählen, dessen Stelle er dann übernehmen wolle. Die Versammlung beschloß in diesem Sinne.

Personalien. Dr. Karl Holtermann wurde als Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie in Köln zugelassen. — In Tübingen hat sich Dr. Karl Block für innere Medizin und Dr. Kurt Neubert für Anatomie habilitiert. — Prof. Wolfgang Heubner ist zum Ordinarius für Pharmakologie in Heidelberg ernannt worden. — Prof. Henri Chaoul, Oberarzt an der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin, erhielt einen Lehrauftrag für Röntgenkunde.

Berichtigung. Der Reichsmedizinalbeamtenbund macht uns darauf aufmerksam, daß in dem Referat über „Weihnachtskrankheiten" in Heft 3 Seite 102 dieses Jahrganges genannte Dr. Eckert nicht Regierungsmedizinalrat, sondern Regierungsrat, also nicht Arzt, sondern Regierungsbeamter ist.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 22. Februar 1810. 120 Jahre. Gehirnforscher Dr. Benedict Stilling, prakt. Arzt in Kassel, in Kirchhain b. Marburg geboren. — 2. März 1830. 100 Jahre. Anatom und Physiolog Samuel Thomas von Sömmering gestorben in Frankfurt a. M. (siehe 18. Januar). — 6. März 1920. 10 Jahre. In Heidelberg stirbt der Anatom Max Karl Fürbringer. Verdient um die vergleichende Anatomie. — 7. März 1855. 75 Jahre. Ethnolog und Forschungsreisender Karl von den Steinen geboren in Mülheim a. d. Ruhr. 1878—1879 Irrenarzt in Berlin. Beteiligte sich 1882—1883 an der deutschen Südpolarexpedition nach Südgeorgien, bereiste das Schingugebiet, die Südseeinseln. 1900—1906 Professor für Völkerkunde in Berlin. — 12. März 1855. 75 Jahre. Hygieniker Erwin von Esmarch geboren in Kiel. Professor in Königsberg und Götttingen.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 6, 8, 19, 21 und 23.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)

Nr. 3 1. 3. 1930

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

NEUE LITERATUR

Redaktion: Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ in zwangloser Folge. — **Nachdruck** der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, **Referate** jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.

I. Innere Medizin.

Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten. Herausgegeben von Rudolf Degwitz, Greifswald Erich Leschke, Berlin, Hans Schloßberger, Berlin und Georg Schröder, Schömberg. Band I, Heft 10/11. Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, München.

Das schwierige Gebiet der allergischen Entzündung wird von Rondoni in einem Aufsatz abgehandelt. Über das Diphtherieanatoxin berichtet Ramon, der diese neue Art der Toxinentgiftung bei Erhaltung der immunisatorischen Fähigkeiten in die Forschung eingeführt hat. Das echte Diphtherietoxin wird durch Einwirkung von Formalin in ein fast ungiftiges Produkt, das sogenannte Anatoxin, umgewandelt. Ramon hat auch gezeigt, daß man die Wertbestimmung von Toxin und Antitoxin im Reagenzglas vornehmen kann; es zeigen sich bei seiner Versuchsanordnung gewisse Flockungsphänomen, die dem Ausfall des (früher ausschließlich angestellten) Tierversuchs in bestimmtem Sinne entsprechen. Das durch Formal entgiftete Toxin behält seine Flockbarkeit, ist aber für Meerschweinchen ungiftig und vermag trotzdem die Tiere gegen die nachfolgende Injektion einer mehrfach tödlichen Dosis echten Toxins zu schützen. Besonders interessieren die Immunisierungsversuche an Menschen, deren Frfolge vom Autor recht optimistisch beurteilt werden. — Die Vorbeugung und Behandlung der angeborenen Syphilis wird von Klaften (Klinik Peham-Wien); die praktische Bedeutung der Haut als Abwehrorgan bei Infektionen von Memmesheimer) geschildert.

von Gutfeld.

Strümpell-Seyfarth. Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Von Dr. med. et phil. C. Seyfarth, a. o. Professor für innere Medizin, Oberarzt an der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig. II. Band, 991 Seiten mit 215 Abbildungen im Text und 6 Tafeln. 28. neubearbeitete Auflage. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1929. Preis brosch. 25 M., geb. 29 M.

In kurzer Aufeinanderfolge ist nun auch der zweite Band des berühmten Lehrbuches erschienen. Trotz der in jüngster Zeit so sehr beliebten 3-, 4-, 5- und 12-Männer-Bücher wird sich der Strümpell immer halten, denn er hat den großen Vorteil, daß alles aus einem Guß, aus einer Feder, aus einem Plan entstanden ist. Wer in seinem alten Strümpell Bescheid weiß, wird sich in der neuen Auflage auch zurecht finden. Das ist doch ein außerordentlich beachtenswerter Punkt, nicht nur, daß man ein Buch benutzt, sondern, daß man das, was man sucht, auch in dem Buche finden kann. Wenn eine neue Auflage des Strümpell erscheint, ist es, als ob einen ein guter Freund nach einer gewissen Zeitspanne wieder grüßt.

A.

II. Klinische Sonderfächer.

Neues für den praktischen Hals-, Nasen-, Ohrenarzt. Von Rudolf Panse, Dresden. 71 Seiten, mit 36 Abbildungen im Text. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1930 (Verlagsabteilung Curt Kabitzsch). Preis kart. 4,20 M.

Das kleine Kompendium nimmt eine Sonderstellung ein; es ist kein Lehrbuch im landläufigen Sinne, kein systematisch gegliedertes Vademekum — es will und soll vielmehr vorhandenes Wissen auffrischen und ergänzen, steht also ganz im Dienst der ärztlichen Fortbildung. Es trägt, alphabetisch geordnet, in aphoristischer Form das Neueste und vielfach auch Wichtigste aus der einschlägigen Sonderliteratur zusammen. Eine größere Zahl von Abbildungen erleichtert dem Praktiker das Verständnis.

A. Bruck.

äuglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort. Von Dr. med. E. Krasemann. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. med. H. Brüning. 10.—13. verbesserte Auflage. 93 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929. Preis kart. 2 M.

Die schnell folgenden Auflagen beweisen, daß die vom Verf. gewählte Form der Belehrung der Prüflinge im Säuglings- und Kinderpflegexamen Anklang gefunden hat und daß sein Leitfaden — gewissermaßen als Repetitorium — viel begehrt wird. Er ist inhaltlich auch durchaus zu empfehlen.

Mit dieser und mancher anderen guten, bald kürzeren, bald eingehenderen Bearbeitung des Gegenstandes möge es nunmehr genug sein. Kein Pädiater sollte es mehr für angebracht halten, auf den Wunsch irgendeines Verlages hin das schon so oft und schon in jeder Art Gesagte noch einmal zu wiederholen.

Finkelstein.

Die Annahme an Kindes Statt. Ein Ratgeber für Pflegeeltern und Behörden. Von Prof. Dr. E. Rittershaus, Hamburg. Mit 14 Abbildungen. 70 Seiten. Verlag von J. F. Lehmann, München 1929. Preis kart. 3,50 M.

Dieses Büchlein wird Interessenten sehr nützlich zu lesen sein. Es erörtert die Frage, welche Kinder gemeinhin zur Annahme gesucht werden, ferner die körperlichen und seelischen Voraussetzungen für die Annahme, wobei mit dankenswertem Nachdruck auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Erbmasse hingewiesen wird. Das nordische Schönheitsideal und die Eigenschaften der nordischen Rasse werden vom Verf. besonders hochgestellt, aber schließlich widerfährt auch den Sprößlingen der dinarischen, ostischen und westischen Rasse Gerechtigkeit; Zugehörigkeit von Pflegling und Adoptiveltern zur gleichen Rasse scheint spätere Harmonie mehr zu verbürgen, als das Gegenteil. Es folgen Ausführungen über die Praxis der Kindesannahme, Vermittlungsstellen, Religion, Probezeit, besten Zeitpunkt der endgültigen Entschließung, spätere Aufklärung des Kindes u. dgl., zuletzt die gesetzlichen Bestimmungen.

Finkelstein.

Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. Von Prof. Dr. H. Kleinschmidt. Sechste, verbesserte Auflage. 256 Seiten. Verlag von S. Karger, Berlin. Preis brosch. 9,80 M., geb. 12 M.

Kleinschmidts Kompendium hat sich bestens eingeführt und verdient es als eine der besten Leistungen dieser Art auf dem Gebiete der Pädiatrie. Die neue Auflage bringt Ergänzungen vor allem bei Diabetes, Rachitis und Infektionskrankheiten. Bei der Hämophilie dürfte ein Hinweis auf die neuerdings von verschiedenen Seiten empfohlene und auch dem Ref. in 2 Fällen sichtlich wirksame Nateina Llopis nachzutragen sein.

Finkelstein.

Moderne Rachitisbekämpfung. Von Geh.-Rat Prof. Dr. M. v. Pfaundler. Mit 21 Abbildungen. 86 Seiten. J. F. Lehmanns Verlag, München 1929. Preis geh. 3 M., geb. 4,50 M.

In fünf sehr lesenswerten, zumeist auch neues, eigenes Material einschließenden Aufsätzen wird das Thema behandelt und vor allem auch die praktische Durchführbarkeit der neuen Methoden — direkte Bestrahlung, Darreichung bestrahlter Milch, Ergosterinpräparate untersucht. Im ersten, „über die Erfahrungen mit der Quarzlampe", stellt sich Zoelch der Möglichkeit einer Prophylaxe wegen der erforderlichen vielwöchigen, ja mehrmonatigen Dauer der Bestrahlungen sehr zweifelnd gegenüber, eine Behandlung dagegen im Massenbestrahlungsraum wird bei geeigneter Erziehung des Publikums für aussichtsreich und die Infektionsgefahr nach eigenen Erfahrungen für gering erachtet. „Über Erfahrungen mit bestrahlter Frischmilch als Antirachitikum" berichten anschließend Hentschel und Roszkowski; ihr Votum lautet — vielleicht infolge nicht vollwertig gelieferter Apparatur — nicht günstig. Gutes dagegen berichtet Wiskott über bestrahltes Ergosterin gegen Rachitis. Bei der neuerdings verminderten Dosierung (0,4—1 mg pro die durch 4—6 Wochen, in Summa 20—30 mg zur Behandlung, 0,1 bis 0,5 mg zur Prophylaxe) sind auch Schäden ausgeschlossen, wie denn auch alle bisher bekannten ernsteren Störungen bei mäßiger Dosierung nicht rachitische und als solche ergosterinüberempfindliche Kinder betroffen zu haben scheinen. „Versager der Rachitistherapie (und Tierrachitis) sah Ullrich bei Rachitis tarda in Verbindung mit renalem Infantilismus, wie ebenso auch andere. Gleiches ist von der Cöliakie bekannt. In anregenden Ausführungen wird im Anschluß an diese Tatsachen dargetan, wie vielseitig die Vorgänge sein können, die zur rachitischen Knochenanomalie führen und daß es nicht angeht, aus der Heilkraft der Strahlenbehandlung eine allumfassende Theorie des Wesens der Rachitis abzuleiten. Mit der ihm eigenen Klarheit, überlegener Sachkenntnis und Kritik bespricht dann Pfaundler die „Vorschläge zur Rachitisabwehr in der Fürsorge". Freiluft-Lichttherapie steht in erster, Bestrahlung in zweiter Reihe, wo diese schwer durchführbar, kommen die Ergosterinpräparate in Betracht. Bestrahlte Milch verbietet sich außer aus anderen Gründen schon durch den zurzeit noch hohen Preis. Der Durchführbarkeit irgendeiner Art von allgemeiner Prophylaxe mit den neuen Methoden steht Pfaundler sehr skeptisch gegenüber; gegen die überstürzte Quarzlampen- und Vitaminpropaganda der Industrie ist schon wegen der noch nicht durchaus festgestellten Schädigungsmöglichkeiten Front zu machen. Die erheblichen Kosten für allgemeine Versorgung mit „Verschnittmilch" = bis 50 Proz. aufgeladene Milch spricht die annähernde Verdopplung der Kosten, die wiederum „von den in sozialen Lasten schier erstickenden steuerzahlenden Klassen" getragen werden müssen. Also Siedlung, Freiluft, Stillung, Diät usf., Erfassung der Rachitiker durch bestehende Einrichtungen im ersten Beginn und dann Abortivtherapie. Abschließend referiert Reinach von den Münchener Fürsorgeorganisationen mit Beihilfe der Landesversicherungsanstalt in Aussicht genommenen Maßnahmen zur „Bekämpfung der Rachitis". Finkelstein.

Die Nierenerkrankungen. Von Priv.-Doz. Dr. Hermann Kahler. (Bücher der ärztlichen Praxis 19.) 98 Seiten. Verlag von Julius Springer, Wien und Berlin 1929. Preis geh. 3,20 M.

Klare, aber allzu kurze Einführung in das Gebiet der Nierenkrankheiten. Portner.

Ikonographia urologica. Im Auftrage der deutschen Gesellschaft für Urologie herausgegeben von Carl Posner †, Alfred Rothschild und Friedrich Necker. 2. Lieferung 26 Abb. — 12 farbige, 14 schwarzweiße. Verlag Georg Stilke, Berlin 1929. Preis geh. 6 M.

Eine neue Lieferung dieses vortrefflichen Bildwerkes, das wieder eine Reihe seltener Fälle in ausgezeichneten Reproduktionen bringt. Portner.

Psychiatrische Diagnostik. Von Prof. Dr. Julius Raecke, Frankfurt a. M. Zehnte Auflage. Mit 14 Abbildungen. 171 Seiten. Verlag von Julius Springer, Berlin 1929. Preis 6,90 M.

Unter den kleinen Leitfäden der Psychiatrie — es gibt deren etwa 4 bis 5 — ist der Raeckesche der beste. Gegen die letzte vor 6 Jahren erschienenen Auflage ist vielerlei eingefügt, manches, insbesondere die äußere Anordnung des speziellen Teils, sogar umgearbeitet. Nach Möglichkeit hat der Verf. darauf Bedacht genommen eine mittlere Linie zwischen den verschiedenen psychiatrischen Schulen beizubehalten. Der Umfang des Buches ist nicht vermehrt.

Daß kein Leitfaden ein Lehrbuch und die Praxis ersetzen kann, in der Psychiatrie wohl viel weniger noch als in irgendeinem anderen Sonderfach, liegt im Wesen der Sache selbst. Zu übertreffen ist das Raeckesche Buch meiner Meinung nicht. Die vorige Auflage war teilweise mit weißen Blättern zu handschriftlichen Notizen durchschossen, diese ist es nicht mehr; das ist schade. Paul Bernhardt.

Exsudative Diathese und Tuberkulose im Kindesalter. Von Dr. Kurt Klare. Mit 12 Abbildungen und 4 Tabellen. 32 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1929. Preis 2,20 M.

Der bekannte Verf. und Chefarzt der großen Prinz-Regent Luitpold-Kinderheilstätte in Scheidegg (Allgäu) versucht in dieser kurzen Schrift auf Grund seiner eigenen Erfahrungen an großem Krankenmaterial und einer umfangreichen Literatur der letzten 17 Jahre auf die Zusammenhänge zwischen gewissen Konstitutionsanomalien und bestimmten Verlaufsformen der Tuberkulose des Kindesalters aufmerksam zu machen, um damit zu weiteren Beobachtungen anzuregen. Es wird die exsudativ-lymphatische Diathese als solche allein und unter dem Krankheitsbilde der Asthenie, ferner die exsudativlymphatische Diathese und Tuberkulose unter Beibringung einiger typischer Röntgenbilder besprochen und zum Schluß kurze beherzigenswerte therapeutische Ratschläge für derartig erkrankte Kinder gegeben. W. Holdheim.

Leitfaden der Tuberkulosefürsorge für Schülerinnen an Wohlfahrtsschulen und Fürsorgeärzte. Von Dr. Franz Ickert. Erweiterter Sonderabdruck aus Selter, praktische Gesundheitsfürsorge. 67 Seiten. Mit 21 Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis 2,40 M.

In diesem ausführlichen mit einer großen Reihe von Röntgenbildern, Kurven und Musterformularen versehenen Hilfsbuch, zum Gebrauch für Fürsorgerinnen und Wohlfahrtsbeamte bestimmt, hat der erfahrene Leiter der Fürsorgestelle in Gumbinnen und bekannte Tuberkulosearzt wohl alles zusammengefaßt, was nicht nur Schülerinnen an Wohlfahrtsschulen sondern alle Ärzte in medizinischer und sozialhygienischer Beziehung für die Bekämpfung der Tuberkulose wissen sollten. In kurzen leicht verständlichen Worten wird eine Darstellung des Verlaufs der Tuberkulose vom Primärkomplex bis zur tertiären Phthise gegeben, mitgeteilt was zur Vorbeugung und Infektionsverhinderung, aber auch zur Therapie dienen kann, soweit diese in der Fürsorgestelle ausgeübt wird. Zum Schluß sind noch die wichtigsten Verordnungen zur Sozialversicherung, über das Heilverfahren und Mittelstandsfürsorge angefügt, so daß das sehr preiswerte, trefflich ausgestattete kleine Werk nicht nur den Fürsorgeärzten, sondern auch allen praktischen Ärzten dringend empfohlen werden kann. W. Holdheim.

Röntgenatlas der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Von Dr. H. Alexander und Dr. A. Beekmann, leitender Arzt und Oberarzt des Sanatoriums in Agra (Tessin). Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 321 Röntgenbildern und 4 Abbildungen im Text. 493 Seiten. Verlag von Joh. Ambrosius Barth, Leipzig 1929. Preis 36 M., geb. 40 M.

In diesem mustergültigen Werke, welches bereits binnen kurzer Frist in zweiter, stark abgeänderter Auflage vorliegt, wird lehrbuchmäßig der ganze Ablauf der Erwachsenentuberkulose einschließlich ihrer operativen Beeinflussung und der Differentialdiagnostik in einer reichen Fülle von glänzenden Röntgenbildern zur Darstellung gebracht. Es ist jeweils die ganze Krankengeschichte, insbesondere der dazugehörige physikalische Befund dem Röntgenbilde gegenübergestellt, so daß dadurch die Fragen beantwortet werden können, welcher klinische Befund ist nach dem vorliegenden Röntgenbilde zu erwarten und umgekehrt, welcher Röntgenbefund dem betreffenden Status entsprechen dürfte? Die Hoffnung der Verff., daß der Atlas auch in seiner neuen Gestalt sowohl bei den praktischen Ärzten wie Medizinstudierenden Interesse und Verständnis für das vielgestaltige Tuberkuloseproblem finden und erwecken soll, dürfte sich zweifellos erfüllen, wenn nicht der ziemlich hohe Preis unter unseren heutigen Verhältnissen der allgemein zu wünschenden Verbreitung vielleicht hindernd im Wege stehen dürfte! W. Holdheim.

Die Benzinolbehandlung der Lungentuberkulose. Von Dr. Jonas Kairiukstis. 24 Seiten. Buchhandlung „Spaudos Fondas“, Kaunas Juli 1929.

Verf. bricht eine Lanze für die Behandlung der Lungentuberkulose mit Benzinol, einer 30proz. Benzinaufschwemmung in Olivenöl, und berichtet über 40 Fälle dieser Krankheit, welche er in allen Stadien mit seltenem Erfolge damit geheilt haben will. In vielen weniger vorgeschrittenen Fällen genügte oft schon eine einzige oder zwei Injektionen des Benzinols, um in kurzer Zeit eine Wendung im Verlaufe der Krankheit hervorzurufen und eine beträchtliche Abkürzung der Heilungsdauer zu erwirken. In schwereren Fällen sollen die Abstände zwischen den einzelnen Einspritzungen 10—14 Tage dauern, da sich hier die Herdreaktionen meist über mehrere Tage hinzuziehen pflegen. Die Technik der Benzinolinjektionen bei der Behandlung der chronischen Phthise soll so einfach sein, daß kein Grund vorliegt sie den Fachärzten und den Heilstätten zu überlassen, sondern sie kann von jedem praktischen Arzt ausgeübt werden. W. Holdheim.

Der gegenwärtige Stand der Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Von M. Mecklenburg. 24 Seiten. Heft 409 der „Berliner Klinik“. Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Leipzig C 1 1929. Preis Einzelheft 1 M.

Eine sehr interessante, leicht faßliche Zusammenstellung der bisherigen Versuche zu einer Schutzimpfung gegen Tuberkulose zu gelangen. Die Frage, ob es eine Immunität bei der Tuberkulose überhaupt gibt, wird im allgemeinen bejaht, doch bietet die durch die tuberkulöse Infektion erzeugte Immunität keinen absoluten Schutz gegen neue Infektionen, da sie zeitlich begrenzt und an das Vorhandensein des Tuberkuloseerregers im Körper gebunden ist! Alle Versuche zerfallen in 2 Gruppen, zur einen gehören die Versuche mit abgetöteten Tuberkelbazillen, zur zweiten die mit lebenden virulenten und avirulenten Bazillen. Nach einer Schilderung der einschlägigen Impfversuchen mit beiden Gruppen geht Verf. auf das bisher aussichtsreichste Verfahren von Calmette-Guérin ein, dem sogenannten BCG, mit welchem nach den letzten Angaben Calmettes in Frankreich bereits 143000 Kinder geimpft worden sind. Es soll nach den Angaben der Hygienesektion des Völkerbundes die Annahme berechtigt sein, daß der BCG-Stamm für Tiere und Menschen apathogen sein und nie zu einer fortschreitenden Tuberkulose führen! Es soll, dem Körper per os in den ersten Lebenstagen oder subkutan auch in späterem, sogar reifem Alter einverleibt, ihn neuen Infektionen gegenüber in gewissem Grade immun machen. Zum Schluß wird die auch vom Ref. bereits an anderer Stelle dieser Zeitschrift behandelte Frage gestreift, ob anzunehmen ist, daß die durch BCG bewirkte Abnahme der Kindersterblichkeit auch auf die Skrofulität an Tuberkulose bei der ganzen menschlichen Generation im gleichen Sinne sich auswirken wird?

W. Holdheim.

III. Soziale Medizin, Ärztliche Rechtskunde, Gerichtliche Medizin, Standesangelegenheiten.

Die arbeitsrechtliche Sonderstellung des Arztes an privaten gemeinnützigen Krankenpflegeanstalten. Von Dr. jur. Kurt Ronge. 52 Seiten, Universitätsverlag von Robert Noske, Leigzig 1929. Preis 4 M.

Das neue Sammelwerk stellt sich die Aufgabe, die Rechtsstellung des in den Dienst neuzeitlicher wohlfahrtsstaatlicher Zwecke gestellten Arztes und das Verständnis für die gesellschaftliche Stellung der Ärzteschaft darzulegen. Der vorliegende erste Beitrag prüft die Modalitäten der Anstellung, die Anwendbarkeit des Tarifrechts, des Schlichtungsverfahrens, sowie die Arbeitszeitfrage.

Im ganzen soll ein Überblick über die Stellung des Arztes in Recht und Gesellschaft erreicht werden. Blumm.

Ärzte als Patienten. Subjektive Krankengeschichten in ärztlichen Selbstschilderungen von Prof. med. A. Grotjahn-Berlin. 274 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929. Preis brosch. 14 M., geb. 16 M.

Der Arzt ist dem Kranken, so meint Grotjahn, zwei Gruppen von Leistungen schuldig, einmal die objektiv notwendigen, die Wissenschaft und Erfahrung bestimmen und dann die auf eine subjektive Befriedigung abzielenden, nach denen das Gefühlsleben des Kranken verlangt. Das Gebiet der ersten Gruppe ist durch die großen Fortschritte der neuzeitlichen Medizin und Hygiene vortrefflich bestellt, das der zweiten dagegen auffällig stark vernachlässigt. Man hat sich kaum ernstlich um die Kenntnis der Empfindungen und Gefühle bemüht, die der Kranke als Einwirkung der Erkrankung selbst, seiner Umgebung und der Bemühung des Arztes empfindet. Grotjahn glaubt einen Baustein zu diesem Wissenszweige beizutragen, indem er Krankengeschichten von Ärzten veröffentlicht, die er teilweise Autobiographien oder der medizinischen Literatur entnommen hat, teils auf Grund einer besonderen Umfrage ermittelt hat. Sicher ein außerordentlich interessanter Zweig ärztlicher Betätigung. A.

Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche. Herausgegeben von Prof. Dr. med. Bernhard Möllers, Oberregierungsrat und Mitglied des Reichsgesundheitsamtes, a. o. Professor an der Universität Berlin. Mit einem Geleitwort des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes Dr. med. C. Hamel. II. neu bearbeitete und ergänzte Auflage, 634 Seiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1930. Preis geh. 35 M., geb. 38 M.

Das berühmte Werk von Möllers: „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche“ ist nunmehr in der 2. Auflage erschienen. Vieles hat sich seit der Herausgabe der 1. Auflage im Frühling 1923 auf den verschiedensten Gebieten des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege geändert. Neue Gesetze und Verordnungen sind erlassen, neue Aufgaben den verschiedensten Behörden übertragen worden. Ich erinnere da an das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, an das Reichs-Jugend-Wohlfahrtsgesetz, an das Lebensmittelgesetz, an die Fürsorgepflichtverordnung und vieles andere. Der Verfasser hat es mit bewundernswertem Geschick verstanden, allen diesen neuen Aufgaben gerecht zu werten, ohne den Umfang des Buches zu umfangreich zu gestalten. Er hat es zum Teil dadurch erreichen können, daß er die Schilderungen, die sich auf die Nachwirkungen des Weltkrieges und der Staatsumwälzungen bezogen, teils fortgelassen, teils erheblich gekürzt hat. Völlig neu bearbeitet ist der Abschnitt über Gesundheitsstatistik, ferner einige Kapitel über Trinkwasserversorgung, Volksbäderwesen, Krebsbekämpfung usw. Nicht nur den deutschen Arzt und Medizinalbeamten, auch ausländischen Behörden und Ärzten wird dieses Buch in seiner absoluten Zuverlässigkeit ein wichtiger Ratgeber und Führer sein. Jeder, der sich mit sozialer Hygiene im weitesten Sinne des Wortes beschäftigt, wird dieses Buch kaum entbehren können. A.

Handbuch über die Stadt Berlin. 741 Seiten. Herausgegeben vom Nachrichten-Verlag G. m. b. H., Berlin 1929. Preis 18,50 M.

Es ist zweifellos ein großes Verdienst des Nachrichten-Verlages, daß er dieses Handbuch der Stadt Berlin herausgegeben hat. Jedes Organisationsamt, jeder Kreisarzt, jedes Wohlfahrtsamt, jeder Schularzt, der mit der Stadt Berlin zu tun hat, braucht die Adressen. Soweit eine Beurteilung in kurzer Zeit möglich ist, scheinen die Angaben auch durchaus zuverlässig, so daß das Buch empfohlen werden kann. Auf einen Mangel möchte ich nur hinweisen, das ist das Fehlen eines Inhalts- und eines Personalverzeichnisses. Vielleicht läßt sich dieser Mangel bei einer späteren Auflage beheben. A.

Medizinische Anthropologie. Von Priv.-Doz. Dr. Oswald Schwarz, Wien. 383 Seiten. Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1929. Preis geh. 13 M., geb. 14,50 M.

Die vom Verf. in seinem trefflichen Vorwort verratene Absicht, dem *'Ιητρὸς φιλόσοφος* wieder die ihr gebührende Anerkennung zu schaffen, bringt es mit sich, daß Oswald Schwarz die beiweitem größere Hälfte seines Buches benutzen muß, um den Mediziner mit philosophischen Gedankengängen bekannt zu machen; wobei er weite Kreise seiner Leser vielleicht durch seine hohe Meinung von Hegelscher Dialektik überrascht. Andererseits betonen seine Ausführungen zwar die Berechtigung erkenntniskritischer Skepsis, gipfeln aber im Aufruf zu einem edlen Idealismus „für den das Individuelle nur insoweit Wert hat, als es für das Allgemeine Bedeutung gewinnt". Er vermeidet als letzte Konsequenz also den Sprung in transzendentale Mystik und begnügt sich damit, für die Heilkunst als medizinische Anthropologie gleiche Fühlungsmöglichkeiten mit den Natur- wie mit den Geisteswissenschaften nachzuweisen.

Für die ersten Abschnitte seines Buchs ergibt sich als Hauptaufgabe, ärztlich psychagogisches Streben von psychoanalytischer Befangenheit unabhängig zu machen. Pathographien sind nicht Wertmesser für wissenschaftliche und künstlerische Leistungen. Hölderlin, Strindberg und van Gogh werden als Beispiele für Persönlichkeiten herangezogen, deren Beurteilung nicht vom Ausfall einer Wassermanschen Reaktion oder der Diagnose Schizophrenie abhängig gemacht werden darf. Erfreulicherweise wird daher auch das Werk Friedrich Nietzsches nicht nach seiner Bedeutung als Objekt nosologischer Studien sondern als „das jubelnde Bekenntnis eines wahrhaft strahlenden Menschen" gewertet.

Des weiteren wird nun der Philosoph, insofern er etwa medizinischer Laie ist, mit Kategorien und spezialwissenschaftlichen Grundbegriffen vertraut gemacht, die, wie Typus, Norm, Konstitution und Krankheit, zu Richtlinien für ärztliches Handeln werden, und die Lehre von den Symptomen, wie das Wehen von Diagnose und Therapie, geistreich beleuchtet. Ich muß mich darauf beschränken, darauf hinzuweisen, wie gründlich im Sinne des dem Verf. vorschwebenden Ziels alles erschöpft wird, was dazu beizutragen vermag „die Heilmethode durch Gedanken und Methoden der Geisteswissenschaft zu bereichern". So werden, außerordentlich schön, dabei aber auch weniger abstrakt und deshalb für philosophisch weniger Geschulte leichter verständlich, Sozialpsychologie und Sozialethik am Beispiel der Beziehung der Geschlechter zueinander und der Sexualität in der Absicht erläutert, auch an diesem Sonderfall die schichtweise Struktur biologischen Geschehens vom Unbelebten zum Geistigen zu erweisen, als eine Sublimierung, die der Psychoanalyse im Sinne Freuds völlig fern liege, da diese ein Hinauslangen aus dem Seelischen ins Geistige als einen Akt des Werterfassens nicht kenne.

Oswald Schwarzs „Medizinische Anthropologie" ist reich an Anregungen und Belehrung. Sie entspricht einer beachtenswerten Strömung innerhalb der Heilkunde unserer Tage, die durch eine Reihe von Namen besten Klangs charakterisiert wird. Sie wird dazu beitragen, Friedrich Nietzsches Ideal des Arztes zu verwirklichen, das höchste geistige Ausbildung eines Arztes noch nicht für erreicht hält, wenn er die besten neuesten Methoden kennt und als Diagnostiker berühmt ist, sondern, der erst im Besitz der Kunstgriffe und Kunstvorrechte aller anderen Berufsklassen aus einem „Medizinmann" ein Heiland wird. Paasch.

Die Enzephalographie in versicherungsrechtlicher Beziehung. Von Dr. A. Barth, Berlin. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XXX. Band, 1. Heft. Verlag von Richard Schötz, Berlin 1929. Preis 2,40 M.

Unter Enzephalographie versteht man den mehr oder weniger vollständigen Ersatz des Liquor cerebrospinalis durch Luft, durch Lumbalpunktion oder Subokzipitalpunktion behufs röntgenologischer Darstellung der Hirnventrikel und der subarachnoidalen Hohlräume an der Oberfläche des Gehirns einschließlich der Zisternen. Da bei dem Eingriff Gefährdung nicht sicher auszuschließen ist, darf er nicht ohne Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen werden. Andererseits darf aber auch die ärztliche Indikationsstellung nicht - durch Wünsche des Versicherten beeinflußt werden. Für die Begutachtung der großen Mehrzahl der Kopftraumatiker ist der Eingriff entbehrlich. Blumm.

Über das Odorieren von städtischem Leuchtgas. Von Prof. Dr. R. Grassberger, Dr. R. Kunz und Prof. Dr. M. Eugling, Fr. Dr. Gundis Rotter. Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Hygiene, Heft 6. Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1929. Preis 6 M.

Um ohne nachteilige Veränderung des Leuchtgases eine für das Verhindern von Unfällen bis zu einem gewissen Grad wertvolle Parfümierung des Gases zu erzielen, eignen sich am besten Leichtölvorverlauf-Karbialingemische. Blumm.

Heilbehandlung von Alkoholikern. Von Prof. Dr. Johannes Lange. Neuland-Verlag G.m.b.H., Berlin 1929. Preis 1,75 M.

Die Schrift bringt in allgemein verständlicher Darstellung alles Wesentliche, was der Laie vom Krankheitsbild und den schweren individuellen Folgeerscheinungen des Alkoholismus wissen muß. Blumm.

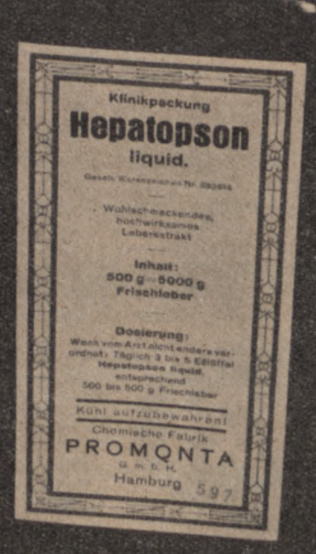
Die Beurteilung der durch die Zunahme des Kraftwagenverkehrs bedingten Belästigung der Bevölkerung und der hiergegen zu ergreifenden Maßnahmen vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Von Dr. med. Gerhard Buhtz, Königsberg. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XXX. Band, 2. Heft. Verlag von Richard Schoetz, Berlin 1929. Preis 2,60 M.

Als Fazit seiner Ausführungen stellt der Verf. 39 Forderungen zur Behebung der durch den modernen Kraftwagenverkehr geschaffenen Mißstände auf, die die vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege aus zu ergreifenden Maßnahmen gegen die Belästigung der Bevölkerung darstellen. Blumm.

Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege. Herausgegeben von Dr. Julia Dünner. 2., völlig neubearbeitete Auflage. 401—818 Seiten. 6.—10. Lieferung. Karl Heymanns Verlag, Berlin W 8, Mauerstr. 44, 1929. Preis 6. Lieferung 4 M., 7.—8. Lieferung 8 M., 9.—10. (Schluß-)Lieferung 8 M.

Von dem Handwörterbuch ist die 6.—10. Lieferung erschienen und damit das Werk abgeschlossen. Ein Blick in das Buch zeigt eine außerordentliche Fülle der Belehrung. Ich nenne nur: „Kleinkinderfürsorge", „Krankenversicherung", „Kriegsschäden", „Krüppelfürsorge", „Landaufenthalt für Stadtkinder", „Leibesübungen", „Mädchenschutz", „Mitternachtsmission", „Pachtwesen", „Psychopathenfürsorge", „Reichsjugendwohlfahrtsgesetz", „Reichsmietengesetz", „Sammlungsfürsorge", „Schulzahnpflege", „Siedlungswesen", „Sozialhygiene", „Steuerrecht der Wohlfahrtspflege", „Studentenhilfe", „Trinkerfürsorge", „Unfallversicherung", „Vereinsrecht", „Volksspeisung", „Wanderarbeiter", „Wochenhilfe", „Wohlfahrtsämter", „Wohlfahrtsrente", „Zwangserziehung", um zu zeigen, daß jeder, der eine Antwort auf eine Frage auf speziellem Gebiete der Wohlfahrtspflege wünscht, diese auch wohl sicher zuverlässig erhält. Das Buch wird für alle Persönlichkeiten, Behörden, die sich mit der Wohlfahrtspflege beschäftigen, ein unersetzliches Hilfsmittel werden. A.

Zur Anaemiebehandlung



Die Lebertherapie

Handelsformen:

Orig.-Schachtel mit 12 Hepatopson-Cachets
Klinik-Packung „ 120 „ „

Orig.-Packung mit 100,0 Hepatopson-liquid.
Klinik-Packung „ 500,0 „ „

Dosierung:

Als Tagesgabe 3—5 Hepatopson-Cachets
bzw. 3—5 Eßlöffel Hepatopson-liquid.
(1 Hepatopson-Cachet bzw. 1 Eßlöffel Hepatopson-liquid. = 100,0 Frischleber)

Literatur auf Wunsch



zur Verfügung der Herren Ärzte

Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg 26.

Notizen.

Im Strafrechtsausschuß des Reichstags führte zur Frage der **Kurpfuschereibekämpfung** Geh.-Rat Kahl aus: Die Regelung der „Kurpfuscher“-Frage kann nicht Gegenstand und Aufgabe des Strafrechtsausschusses sein. Schon vorher hatte D. Dr. Kahl, die Frage der „Kurierfreiheit“ aufwerfend, darauf hingewiesen, daß angesichts einer an den Reichstag gerichteten Eingabe der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums“ die Mehrheit der Redner diese Frage als einen Gegenstand höchstens der Gewerbeordnung, nicht des Strafgesetzes bezeichnet habe. Damit ist in der Tat etwas Grundsätzliches festgestellt: nicht einmal so sehr im Hinblick auf die Außenseiter der Menschenheilung, wie im Hinblick auf die ärztliche Wissenschaft selbst und auf die Grenzen ihrer Anerkennung durch die Staatsmacht. Gäbe es eine genaue und unanfechtbare Begriffsbestimmung dessen, was „Kurpfuschertum“ ist, so gäbe es auch keinen Zweifel daran, daß seine Bekämpfung ins Strafgesetzbuch gehöre; jegliche Behandlung von Kranken durch Nichtdiplomierte würde nicht nur, als Gewerbe, unzulässig, sondern verboten sein, und wer sie ausübte, würde sich in jedem Einzelfall selbst dann strafbar machen, wenn seine Heilbemühung Erfolg hätte. An eine „Kurierfreiheit“ würde unter solchen Voraussetzungen so wenig zu denken sein, wie etwa an eine Laienjustiz außerhalb der Schwurgerichte. Nur eben, diese Voraussetzung besteht nicht. Wir können so ziemlich sagen, was, hier und heute, unter wissenschaftlicher Ausbildung zu verstehen ist: wir können, wenn das Ergebnis vorliegt, den krassen Mißerfolg eines Heilversuches feststellen. Aber dazwischen liegt der weite Raum der menschlichen Unzulänglichkeit. Es soll hier nicht die unabmeßbare Frage erörtert werden, wo und wann die Wissenschaft als solche „an des Gedankens Grenze“ stößt. Der Glaube an die Wissenschaft ist nicht mehr unbedingt, wofern er es jemals war, aber eins ist gewiß: der Staat hat nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, ein Mindestmaß dessen, was jeweils als wissenschaftliche Ausbildung gilt, grundsätzlich zu fordern, und die Heilkundigen, die diese „Befähigung“ erworben haben, zum wenigsten, kenntlich zu machen. Diese Unterstützung der Ärzte, der gelernten Arbeiter auf dem Gebiet der Menschenheilung durch Titel und Berufsbezeichnung, ist, wie man sieht, eine Angelegenheit der Gewerbeordnung. Man hat sich nicht für berechtigt gehalten, die Undiplomierten grundsätzlich für unbefugt zu erklären, man begnügt sich damit, Abstufungen der Befugtheit zu schaffen, die — Abstufungen der Straffälligkeit sind. Die Frage, wer „Kurpfuscher“ sei, aus dem Strafrecht grundsätzlich ausgeschlossen, reicht, mittelbar, dennoch ins Strafrecht hinein; die Unterscheidung wird im Falle des Mißerfolges gemacht. Es ist ja klar: Wäre nicht das Berechtigungszeugnis, sondern allein der Erfolg entscheidend, so müßte im Mißlingensfall der geprüfte Arzt genau so gestraft werden wie der Außenseiter (oder keiner von beiden). Wäre die Geltung der Wissenschaft unbedingt, die „Berechtigung“ also allein entscheidend, so würde der Unbefugte sich immer, auch im Erfolgsfall strafbar machen. Wir wissen, daß keine dieser beiden Möglichkeiten verwirklicht ist. Der Undiplomierte darf sich als Krankenheiler versuchen; mißlingt es ihm, so ist sein Mißerfolg gleichbedeutend mit Schuld, und Strafe droht ihm. Der Arzt, unter dessen Hände der Kranke stirbt, kann gleichfalls belangt werden: aber nur dann, wenn er gegen eine Gesetzesbestimmung verstoßen, oder sich einer schweren Fahrlässigkeit oder eines groben „Kunstfehlers“ schuldig gemacht hat. Der Unterschied ist somit der: den Undiplomierten macht der Mißerfolg in jedem Falle zum Kurpfuscher. Den ausgebildeten Arzt macht er im schlimmsten Falle zum Pfuscher (aber nicht zum „Kurpfuscher“), in anderen Fällen zum persönlich schuldlosen Opfer der Wissenschaft. Denn der geprüfte Arzt, im Gegensatz zum ungeprüften, ist — notwendiger- und berechtigterweise — auch bei dem schlimmsten Ausgang nicht verantwortlich zu machen, wenn er getan hat, was nach dem „derzeitigen Stand der Wissenschaft“ zu tun war. Das besagt: die geltende Gesetzgebung versucht, der Bedingtheit menschlichen Wissens ebenso Rechnung zu tragen wie der Notwendigkeit, dies Wissen, trotz seiner Mängel, so vollständig und unbeeinträchtigt wie möglich der Volksgesundheit zugute kommen zu lassen. Sie hindert den Undiplomierten nicht, das „Gewerbe“ der Menschenheilung als solches auszuüben. Aber sie läßt ihn das größere Risiko tragen. So soll es auch künftig geschehen; wie die Unterscheidung zwischen Gewerbeordnung und Strafgesetz in dieser Frage beweist.

Notizen.

Das Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin weist darauf hin, daß in den letzten Jahren die Zahl der gemeldeten Erkrankungs- und Todesfälle an **Diphtherie** recht hoch geblieben war. Es wird als notwendig erklärt, die vorbeugende Impfung in größerem Umfange als bisher durchzuführen und insbesondere dabei auch die noch nicht schulpflichtigen Kleinkinder zu erfassen. Für die Durchführung der Impfung soll das Merkblatt des Hauptgesundheitsamtes maßgebend bleiben, doch wird hervorgehoben, daß die einmalige Schutzimpfung unzureichend ist und wenn irgendmöglich sogar eine dreimalige vorgenommen werden sollte. Zur Bewertung des endgültigen Erfolges wird dringend gebeten, eine Meldung an das Hauptgesundheitsamt nach vorgeschriebenem Muster zu erstatten. Die Gesundheitsverhältnisse des Jahres 1929 unterschieden sich wenig von denen des Vorjahres. Die Sterblichkeit, im besonderen auch an Tuberkulose und Erkrankungen des Säuglingsalters hielt den Tiefstand des Vorjahres ein. Der zunehmende **Geburtenrückgang** bei uns und in den westeuropäischen Ländern führte zu eingehenden Versuchen, die Veränderungen des Altersaufbaues während der nächsten Jahrzehnte in ihren Folgen für Wirtschaft und Gesundheit zu bewerten. Viel erörtert wurde auch die **Verschiebung in den Todesursachen** durch Zunahme der Todesfälle an bösartigen Geschwülsten und an tödlichen Unfällen, namentlich im Verkehr. Die befürchtete Steigerung der Diphtheriesterblichkeit ist nur in geringem Ausmaße erfolgt. Größere örtliche Typhuserkrankungen kamen nicht vor. Im Frühjahr dieses Jahres hatten wir mit einer neuen, von Kalifornien ausgegangenen Influenzaepidemiewelle zu kämpfen, welche weder besonders heftig noch ausgedehnt war, welche aber immerhin in manchen Großstädten angesichts des Rückganges gesundheitlicher Einrichtungen schon zu Bettennot in Krankenhäusern führte und Behelfsmaßnahmen erforderte. In der Mitte dieses Jahres traten die **Pocken** in den Niederlanden stärker auf. Während im Vorjahre nur ein einziger Fall und im ersten Halbjahre nur 3 Fälle vorkamen, hatte der August 243 und September 310 Fälle. In den ersten beiden Oktoberwochen ist die Zahl etwas herabgegangen. Der Hygieneausschuß des Völkerbundes gibt die Zahl der tödlichen Erkrankungen im August auf 2, im September auf 12 an. England, dessen Bevölkerungszahl ungefähr die fünffache ist, hatte im August 504, im September 473 Pockenerkrankungen.

Notizen.

In einer Beratung des Reichsgesundheitsrates vom 1. Juli 1929 über **die Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose durch Lehrpersonen in den Schulen** wurden Leitsätze angenommen, die den Regierungen zur weiteren Veranlassung bekanntgegeben worden sind. Danach wird empfohlen, daß alle Personen, die einen Lehrberuf an öffentlichen oder Privatschulen aller Art ausüben, einschließlich der Kindergärtnerinnen und -hortnerinnen usw., vor Eintritt in die Ausbildung ein von einem beamteten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorlegen sollen. Ein solches Zeugnis soll erneut vor dem ersten Eintritt in den Schuldienst vorgelegt werden und dann bei häufigen Schulversäumnissen aller Lehrpersonen, insbesondere bei länger dauernden oder öfter wiederkehrenden Erkrankungen der Atmungsorgane. Auf Erfordern des beamteten Arztes kann auch fachärztliche Untersuchung oder Röntgenaufnahme angeschlossen werden. Lehrpersonen, Schulhausmeister usw., die an ansteckender Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden, dürfen im Schulbetrieb nicht verwendet werden, ihre Wiederzulassung soll von einem amtsärztlichen Zeugnis abhängig gemacht werden. Von jeder ansteckenden tuberkulösen Erkrankung eines Lehrers und von der Wiederzulassung ist dem Schularzt Kenntnis zu geben. Die Durchführung einer geeigneten Behandlung ist durch behördliche Maßnahmen zu erleichtern; auch an den höheren Schulen ist der schulärztliche Dienst sicherzustellen und auf eine eingehende Untersuchung und Berufsberatung beim Schulabschluß besonderer Wert zu legen. In den Lehrerausbildungsanstalten ist die Unterweisung der Kandidaten in allen Zweigen der Tuberkulosebekämpfung nachdrücklich zu betreiben. (Reichsgesundheitsblatt Nr. 50, 11. Dezember 1929.)

In einer Arbeit von D. Guttman (Berlin) (Fortschr. Ther. 1929 H. 19) erinnert er an **Vials Tonischen Wein** als das Mittel der Praxis zur Appetitsteigerung, Kräftigung und Anregung besonders in der Rekonvaleszenz. Seine Bestandteile aus Chinaextrakt, Calcium lactophosphor., Fleischextraktstoffe in altem Malaga sind geeignet, günstige Erfolge zu erzielen.

Ursprung und Verbreitung
des
Menschengeschlechts

Eine Neubegründung des Darwinismus auf Grund der Polwanderungen und im Anschluß an die Theorie Wegeners

Von

Dr. Franz Koch
Bad Reichenhall

Mit 42 Abbildungen im Text,
14 Karten und Stammbäumen und 15 Tafeln mit 60 Abbildungen

VII, 174 S. gr. 8° 1929 Rmk 11.–, geb. 13.–

Inhalt: **I.** 1. Geologische Vorbemerkungen. 2. Die Theorie von Wegener. 3. Die Brückentheorie. 4. Die Gesetze der seitlichen Verdrängung. 5. Durch die Polwanderungen verursachte Abänderungen der Organismen. 6. Durch andere Ursachen bedingte Veränderungen der Organismen. 7. Weitere Besonderheiten der Artenentstehung. 8. Entstehung neuer Ordnungen in der Schwingungszone; Abdrängung der älteren Formen in die Randgebiete der alten Großkontinente. 9. Beispiele aus dem Pflanzen- und Tierreich. — **II.** 10. Vermutliche Herkunft des Menschen. 11. Erste Ausbildung der Menschheitsmerkmale. 12. Die Anthropoiden. 13. Ein- und Mehrstämmigkeit. 14. Heimat und Vorfahren des Menschengeschlechtes. 15. Die Neandertalrasse und die Entwicklung der diluvialen Kultur. 16. Die Hauptrasseströme der rezenten Menschheit; beginnende Domestikation. 17. Verbreitungsbezirke und Wanderungen der Hauptrasseströme. 18. Sekundärrassen. 19. Mischrassen. 20. Uebersicht über die europäischen Rassen. 21. Regressionen. 22. Einfluß der Ruhezonen 23. Besonderheiten der Rassenbildung und die „Einteilung" der Rassen. — **III.** 24. Kulturfähigkeit. 25. Die Kulturkreise. 26. Deutschlands Mission. 27. Die Rassenzerkreuzung. 28 Die außereuropäischen Kolonien der nordischen Rasse. 29. Ausblicke. 30. Die Bedeutung der nervösen Zentren für die Entwicklung der Wirbeltiere. — Anmerkungen. Autoren- und Sachregister.

Dieses Buch wendet sich an einen größeren gebildeten Leserkreis. Der Verfasser versucht, Ursprung und Ausbreitung des Menschengeschlechtes auf breiter naturwissenschaftlicher Grundlage darzustellen, nämlich im Zusammenhang mit der Entstehung der höheren Pflanzen- und Tierwelt, und auf Grund geologischer Vorstellungen, die in erster Linie auf den Polwanderungen, in zweiter auf der Wegenerschen Theorie über die Entstehung der Kontinente und Ozeane beruhen. Den Darwinismus bringt er in feste Beziehungen zur Erdgeschichte. Darwin hat gezeigt, daß eine Fortentwicklung der Arten stattfindet; im Sinne eines kritischen Neu Lamarckismus versucht der Verf. die Gründe aufzudecken, auf welche die Entfaltung — und der teilweise Untergang! — vor allem der höheren Pflanzen- und Tierwelt zurückzuführen ist, warum der jeweilige Beginn der neuen Entwicklungsreihen an bestimmte geologische Perioden und gewisse primäre Ursprungsstätten gebunden erscheint, und endlich, warum die charakteristischen Wanderwege beschritten wurden, auf deren Innehaltung die eigentümliche und bunte Mosaik des heutigen Verbreitungsbildes der höheren terrestrischen Pflanzen- und Tierwelt beruht. So werden in diesem Buche unter Beifügung von zahlreichen Abbildungen, Stammbäumen und Verbreitungskarten viele Probleme von einer neuen Seite beleuchtet, um sie ihrer Lösung näher zu bringen.

Frankfurter Post. 16. 8. 1929: . . . Das vom Verlage mit reichem Karten- und Bildermaterial ausgestattete Werk des bekannten Reichenhaller Arztes und Naturforschers ist ein wundervolles Buch, das dem gebildeten Leser nicht genug empfohlen werden kann, um ihn mit den neuesten Forschungsergebnissen und Forschungshypothesen auf dem für Jedermann belangreichen Gebiete bekanntzumachen.... Den Abschluß bilden 15 z. T. sehr wesentliche Bildtafeln, die vorwiegend Vertreter aller bekannteren Menschenrassen in vergleichender Gegenüberstellung oder Aneinanderreihung bringen. Der Stil des Buches ist flüssig, wenn auch nicht gerade besonders leicht, immerhin wissenschaftlich nicht so schwer, daß man es nicht getrost auch unserer Gymnasial- und Realschuljugend in die Hand drücken könnte.
Graf v. Hardenberg.

Münchener medizin. Wochenschrift. 1929. Nr. 50: . . . Die Ausstattung des Buches ist sehr gut, besonders auch die zahlreichen Bilder, und es wird einem kritischen Leser manche Anregung bieten.
Th. Molison, München.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Bezugsquellen-Register - Adressennachweis

für das Fachgebiet des Arztes

Aerztemöbel
A. Schröder & Co., Inh. **Herm. Ellwanger**, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Apparate für Schwerhörige
Deutsche Akustik-Gesellschaft m.b.H., Berlin-Reinickendorf-Ost, Brienzerstraße 4, Aelteste und führende Spezial-Fabrik.

Augengläser
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3 **Berlin W**, Leipzigerstraße 101—102.

Bandagen
A. Schröder & Co., Inh. **Herm. Ellwanger**, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Chirurgische Instrumente
A. Schröder & Co., Inh. **Herm. Ellwanger**, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Gelegenheitskäufe
Chir. Instr., Op.-Möbel, Höhensonnen, Multostate, Pantostate. Mikroskope. Verl. Sie Angeb. **Johannes Behrendt**, Berlin N 24, Oranienburger Str. 66.

Gelegenheitskäufe
Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Medizinische Zeitschriften
Aesculap Med. Journal Zirkel, Karlstraße 18. Leihabonnement f. mediz. Zeitschriften. Prospekte auf Verlangen gratis. Versand nach außerhalb.

Mikroskope
Otto Himmler, Berlin N 24, gegründet 1877. Oranienburger Str. 65, Telefon Norden 10204.

Ed. Messter, gegr. 1859, Mikroskop-Abteilung. Berlin W 8, Leipziger Straße 110.

Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Leipzigerstraße 101—102.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Mikroskope u. Nebenapparate
C. Reichert, Optische Werke, Wien VIII, Bennogasse 24/26.

Mikrotome
C. Reichert, Optische Werke, Wien VIII, Bennogasse 24/26.

Sartorius-Werke Akt.-Ges., Göttingen (Han.), Abt. Mi.

Operationsmöbel
Sanitätshaus P. Kaschner, Liegnitz, Frauenstr. 27. Tel. 1307.

Optiker
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Leipzigerstraße 101—102.

Photo-Apparate
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Friedrichstr. 59—60.

Polarisationsapparate
Polarisationsapparate f. Harnanalyse **Dr. Steeg & Reuter**, Opt. Institut, Bad Homburg v. d. H.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Röntgenröhren
Röntgenröhren für Diagnostik und Therapie. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15**.

Röntgenschutz
Röntgenschutz-Artikel und Zubehörteile für Röntgenbetriebe. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15.**

Röntgen-Photomaterial
Diagnostik-Hilfsmittel u. aufnahmetechnisches Material für Röntgenbetriebe. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15; Berlin NW 6**, Luisenstraße 41; **München**, Briennerstraße 8 (Luitpoldblock); **Köln**, Domkloster 1, I; **Frankfurt a. M.**, Kronprinzenstr. 17.

Säuglingspuppe
Werkstätte der Käthe Kruse-Puppen Bad Kösen.

Wäsche für Krankenhäuser und Aerzte
A. Ennet, Berlin, Karlstr 27. (Berufskleidung für Aerzte: Operat.-Mäntel, Visitenröcke, Handtücher, Servietten usw. Verlangen Sie Katalog.

für den privaten Bedarf des Arztes

Pianoforte-Leihinstitut
Conrad Krause Nchfg., Berlin W 50, Ansbacherstr. 1.

Pianos
Conrad Krause Nchfg., Berlin W 50, Ansbacherstr. 1.

Waffen u. Munition
Waffen-Loesche, Berlin C 2. An der Spandauerbrücke 11. Jagd- u. Sportwaffen, Munition.

Weinhandlungen
Max Gruban - F. C. Souchay Weingroßhandel gegr. 1846 Berlin NO 18, Große Frankfurter Straße 119-120-121. Fernsprecher: E 4 Alexander 4230, 4231, 4232. Filialen in allen Stadtteilen.

Weinstuben u. Weinhandlung
Cramer-Mitscher, Berlin W 8, Französische Straße 18. Tel.: Merkur 9364. Weine glasweise u. Pilsner Urquell. Zweigniederlassung Brandenburg (Havel), Tel.: 25 u. 1056.



Kälte und Infektion

JOD - DERMASAN D. R. P.

Analgeticum mit hyperaemisierender, resorbierender **Tiefenwirkung.** Rheumatismus, Perniones, Lumbago, Interkostal-Neuralgie, Ischias, Pleura-Adhäsionen.

Topf Mk. 2.—.

LENICET - COLD - CREAM

Bester Hautschutz gegen Kälte-Erytheme, rauhe, rissige Haut und Gletscherbrand.

K.P. Mk. —.60. 1/1 Tube Mk. 1.—.

PERU - LENICET - SALBE

Schmerzlindernd, juckreizstillend, heilend.

Offene Perniones, Rhagaden (Brustwarzen), Ekzeme, Ulcera cruris.

1/2 Dose Mk. —.70. 1/1 Dose Mk. 1.—. 1/1 Tube Mk. 1.50.

LENIRENIN - SCHNUPFEN - SALBE

Da **mentholhaltig, nicht** für Säuglinge. Für **diese** die „Lenirenin-Salbe". Bei Rhinitis Erwachsener Lenirenin-Schnupfen-Salbe oder die mentholfreie Lenirenin-Salbe.

Tube (Olivansatz) Mk. —.60.

LENI - ZON

Mundwasser in Pulverform. Zur rationellen Mund- und Zahnpflege. Schleimlösend und hustenstillend. Bestes Prophylaktikum zum Schutz gegen Infektionskrankheiten.

Aluminiumdose Mk. 1.50.

NEURITHRIT

(Chem. Reaktionspräparat aus Strontium, Kalzium, Thio-Chinin, Verimid, Phenylchinolincarbons, und Acetylsalicylsäure, Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon und Bromvalerianylharnstoff in Tabletten à Mk. 0.35.)

Neuartiges Antineuralgicum und Sedativum

Neuralgien, Myalgien, Grippe, Influenza, Katarrhe der oberen Luftwege, Schlaflosigkeit.

K.P. Schachtel (20 Stck.) Mk. 1.20. 1/1 Schachtel (40 Stck.) Mk. 2.30.

Literatur *Bei vielen Krankenkassen zugelassen.* **Proben**

Dr. Rudolf Reiss

Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik

Berlin NW 87/37

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35